



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA/PPGGP  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO PÚBLICA

PAULO AGUIAR DE ANDRADE LIMA NETO

**FINANCIAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA:**  
Análise de Indicadores de Gastos na Região Metropolitana de Belém

BELÉM-PA  
2023

PAULO AGUIAR DE ANDRADE LIMA NETO

**FINANCIAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA:**  
Análise de Indicadores de Gastos na Região Metropolitana de Belém

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Linha de Pesquisa: Gestão Pública Municipal

Orientador: Prof. Dr. Saint-Clair Cordeiro da Trindade Júnior

BELÉM-PA  
2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com  
ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)  
autor(a)**

---

A282f Aguiar de Andrade Lima Neto, Paulo.  
FINANCIAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA : Análise de  
Indicadores de Gastos na Região Metropolitana de Belém / Paulo Aguiar de  
Andrade Lima Neto. — 2023.  
93 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. Saint-clair Cordeiro da Trindade Júnior  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo  
de Altos Estudos Amazônicos, Programa de Pós-Graduação em Gestão  
Pública, Belém, 2023.

1. Planejamento Urbano. 2. Direito à Saúde. 3. Financiamento em  
Saúde. 4. Região Metropolitana de Belém.  
5. Políticas Públicas. I. Título.

CDD 711.3

---

**PAULO AGUIAR DE ANDRADE LIMA NETO**

**FINANCIAMENTO NA SAÚDE PÚBLICA:**  
Análise de Indicadores de Gastos na Região Metropolitana de Belém

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Linha de Pesquisa: Gestão Pública Municipal

Orientador: Prof. Dr. Saint-Clair Cordeiro da Trindade Júnior

Data de aprovação: 02/02/2023

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Saint-Clair Cordeiro da Trindade Júnior  
Orientador (PPGDSTU – NAEA/UFPA)

---

Profa. Dra. Krishina Day Carrilho Bentes Lobato Ribeiro  
Examinador interno (PPGGP/NAEA/UFPA)

---

Prof. Dr. Tiago Veloso dos Santos  
Examinador externo (IFPA)

---

Prof. Dr. Adagenor Lobato  
Suplente (PPGGP / UFPA)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por nunca ter me abandonado neste processo. Em segundo lugar, e não menos importante, agradeço à minha família, que sempre me deu a base necessária para conseguir ser quem sou hoje. À minha mãe, que sempre me deu apoio, pelos puxões de orelha para continuar esta dissertação; sem ela, eu nada seria. Todo este esforço se deu por ela, sempre a vi batalhando, virando madrugadas escrevendo, corrigindo provas e dali sempre me inspirei para continuar escrevendo e tentando seguir no rumo da escrita. Palavras são tudo, sem elas não somos nada, é o que nos molda, o que põe para fora o que sentimos, o que nos recorta, o que nos costura e o que nos faz avançar como ciência. Nunca foi fácil nada disso. E se consegui, foi com muita batalha e inspiração por minha mãe, devo muito a ela, gostaria de ter dado muito mais orgulho.

À minha pequena, grande e fiel amiga Lídia, que sempre me apoiou em minha caminhada na UFPA, apresentando-me leituras e dividindo sonhos e alegrias comigo. Isso também tem muito de você, do quanto sempre queríamos um mestrado enquanto fazíamos especialização no NUMA, e pelas trajetórias que sempre convergiram para vontades próximas. Aprendo muito contigo, Lídia, mesmo com todas tuas manias de me corrigir e querer selecionar minhas falas.

A meu orientador, Professor Saint-Clair, que sempre esteve presente, auxiliando e dando os melhores conselhos para que meu trabalho pudesse se concretizar. Já contei isso a ele na minha qualificação e irei reiterar aqui: participei, em 2018 ou 2019, de um colóquio no ICJ em que ele estava apresentando um trabalho que me deixou muito interessado, pela forma que foi explicado e o entusiasmo para dar o seu melhor. Aquele foi meu despertar. A partir daquele momento para mim, foi a chave virada em que tinha certeza de que queria aquela pessoa como meu orientador e tentaria tê-lo em algum mestrado do NAEA. Agradava-me o mestrado em gestão pública e fiz dando meu máximo naquela prova; quando dei por mim, a nota havia saído e minha colocação havia sido muito boa. Fiquei muito feliz!

A todos do GEOURBAM, que sempre colaboraram para com o avanço coletivo. A Ágila, que me emprestou livros. Helbert e Michel, que sempre enviaram áudios e arquivos que pudessem me auxiliar na estrutura e no projeto em si.

Aos meus avós, que sempre me deram o apoio necessário para que eu pudesse avançar, formar-me e seguir o caminho mais correto da vida, mesmo que fosse duro. Sempre acordar cedo e buscar o que sonho. Aprendi a observar cada detalhe da vida com mais ternura, graças a vocês, assim como amar.

À Lua e ao Sol. A primeira porque sempre me magnetizou, me encantou e me colocou em mil viagens, despertando-me sempre em lugares de fortalecimento. O segundo porque sempre me deu, antes de tudo, gratidão e força para ter energia em continuar com tudo aquilo que me propus a fazer. Certamente, há alguma coisa que paira sobre nós, que nos guia e nos coloca onde devemos estar.

## RESUMO

Tendo por base as teorias de planejamento estratégico situacional de Carlos Matus e planejamento urbano e desenvolvimento socioespacial de Marcelo Lopes de Souza, este trabalho estabelece reflexões acerca do financiamento em saúde na Região Metropolitana de Belém (RMB) - formada pelos municípios de Belém, Castanhal, Santa Izabel, Marituba, Benevides, Ananindeua e Santa Bárbara -; em especial, sobre os gastos e as impermeabilidades que envolvem os municípios que a compõem sob o ponto de vista da gestão pública. Todos os municípios que a integram estabelecem um fluxo dinâmico entre si, fazendo com que o planejamento convencional não seja tão proveitoso quanto poderia. O direito à saúde é universal e essencial a todo cidadão e constitucionalmente promulgado, devendo ser usufruto, de fato, dos habitantes e garantido pelo Estado. O objetivo principal desta pesquisa é analisar o comportamento desses gastos no marco temporal de 10 anos e suas contradições na prática do planejamento, bem como situar os atores sociais envolvidos nesse processo, considerando a diversidade socioespacial da realidade analisada. Para a realização do estudo, lançou-se mão dos seguintes procedimentos metodológicos: a) revisão bibliográfica teórico-conceitual de temas, teorias, conceitos e noções pertinentes; b) revisão bibliográfica de caráter histórico-geográfico e levantamento de dados primários e secundários sobre a Região Metropolitana de Belém, como também a respeito das políticas públicas pertinentes à questão de planejamento; c) levantamento e análise de dados quanto a financiamento, recurso, efetividade e eficiência, disponibilizados no PROADESS (Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde). Os resultados mostraram que: a) a forma de planejamento utilizada não consegue otimizar o acesso dos cidadãos à saúde na Região Metropolitana de Belém; b) os gastos com pessoal mostrou-se superior àqueles voltados para equipamentos, e Santa Izabel e Santa Bárbara são os municípios menos equipados; c) os municípios são bastante dependentes do repasse da União e, de todos eles, incluindo recursos próprios e repasses do Sistema Único de Saúde (SUS), Marituba desponta como o município de menor desempenho. Quanto ao atendimento à saúde, de modo geral, verificamos que o planejamento desenvolvido pelos entes federados da RMB não atende a contento seus cidadãos de modo a alcançar uma gestão integrada e permeável do ponto de vista metropolitano, fazendo com que o acesso à saúde seja restrito a apenas uma parcela da população.

**Palavras-chave:** Planejamento urbano; Direito à saúde; Financiamento em saúde; Políticas Públicas; Região Metropolitana de Belém.

## ABSTRACT

Based on the theories of situational strategic planning by Carlos Matus and urban planning and socio-spatial development by Marcelo Lopes de Souza, this work establishes reflections on health financing in the Metropolitan Region of Belem (RMB) - formed by the municipalities of Belém, Castanhal, Santa Izabel, Marituba, Benevides, Ananindeua and Santa Bárbara-; in particular, on expenses and (in)permeability involving the municipalities that comprise it. In this portion of the city, all the municipalities that comprise it establish a dynamic flow among themselves, making conventional planning not as fruitful as it could be. The right to health is universal and essential to every citizen and constitutionally enacted, and must be enjoyed, in fact, by the inhabitants and guaranteed by the State. The main objective of this research is to analyze the behavior of these expenses in the time frame of 11 years and their contradictions in the practice of planning, as well as to situate the social actors involved in this process, considering the socio-spatial diversity of the analyzed reality. To carry out the study, the following methodological procedures were used: a) theoretical-conceptual bibliographic review of relevant themes, theories, concepts and notions; b) bibliographic review of a historical-geographical nature and survey of primary and secondary data on the Metropolitan Region of Belém, as well as on public policies relevant to the issue of planning; c) collection and analysis of data regarding funding, resources, effectiveness and efficiency, available in PROADESS (Project Assessment of the Performance of the Health System). The results showed that: a) the form of planning used cannot optimize citizens' access to health in the Metropolitan Region of Belém; b) personnel expenses were higher than those for equipment, and Santa Izabel and Santa Bárbara are the least equipped municipalities; c) the municipalities are quite dependent on transfers from the Union and, of all of them, including own resources and transfers from the Unified Health System (SUS), Marituba emerges as the municipality with the lowest performance. As for health care. In general, we found that the planning developed by the federated entities of the RMB does not satisfy its citizens in order to achieve an integrated management from the metropolitan point of view, causing access to health to be restricted to only a portion of the population.

**Keywords:** Urban planning; Right to health; Health financing; Public policy; Metropolitan Region of Belém.

‘



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – RMB: número de equipamentos de ultrassonografia em 100 mil habitantes por município (2009-2019).....	47
Gráfico 2 – RMB: Número de equipamentos de ressonância magnética em 100 mil habitantes por município (2009-2019) .....	48
Gráfico 3 – RMB: gastos com equipamentos e com pessoal (2009-2018).....	57
Gráfico 4 – RMB: gasto total com saúde por município .....	63
Gráfico 5 – RMB: gasto de recursos próprios por município (2009 a 2019).....	67
Gráfico 6 – RMB: transferência do SUS por município (2009 a 2019) .....	71
Gráfico 7 – Brasil: participação das esferas na gestão do gasto público em saúde no Brasil de 2009 a 2019 .....	72

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Triângulo de governo em Matus .....	24
Figura 2 – Diálogo entre gestor e equipe gestora .....	24
Figura 3 – Relação das leis, metas e diretrizes dos recursos .....	35
Figura 4 – Mapa da Região Metropolitana de Belém .....	40
Figura 5 – RMB: índice médio de equipamentos - ultrassonografia, diálise, mamógrafos, tomógrafos, ressonância magnética - totais por município (2009-2019).....	51

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – RMB: informações gerais sobre os municípios formadores .....	38
Tabela 2 – RMB: índice de equipamentos de mamógrafos por municípios (2009-2019) .....	45
Tabela 3 – RMB: número de equipamentos de ultrassonografia em 100 mil habitantes por município (2009-2019).....	47
Tabela 4 – Número de equipamentos de ressonância magnética em 100 mil habitantes por município (2009-2019).....	48
Tabela 5 – Número de equipamentos de diálise em 100 mil habitantes por município (2009-2019) .....	50
Tabela 6 – Índice médio de equipamentos, com base no quantitativo.....	52
Tabela 7 – RMB: Unidades Básicas de Saúde por município .....	54
Tabela 8 – RMB: número de equipes de saúde por município.....	55
Tabela 9 – RMB: índice da eficiência dos recursos.....	60
Tabela 10 – RMB: Correlação da eficiência dos recursos na RMB .....	60
Tabela 11 – RMB: gastos em reais com recurso próprio e transferências do SUS por habitante por municípios (2009-2019).....	63
Tabela 12 – Brasil: despesas com ações e com serviços públicos de saúde nas capitais estaduais (2019).....	66
Tabela 13 – RMB: Gasto de recursos próprios com saúde por município por habitante (2009 a 2019) (em R\$).....	68
Tabela 14 – RMB: transferência do SUS por município em reais por habitante .....	71
Tabela 15 – RMB: valores de aplicação de recursos próprios na saúde por habitante (2009-2019) (em R\$).....	74
Tabela 16 – RMB: média de percentual de aplicação por município, ao longo dos anos de 2015 a 2019.....	75
Tabela 17 – RMB: municípios que não cumpriram a lei no período de 2015 a 2019 .....	75

## LISTA DE SIGLAS E ILUSTRAÇÕES

<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>CF</b>	Constituição Federal de 1988
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CNS</b>	Conferências Nacionais de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do SUS
<b>DGSP</b>	Diretoria-Geral de Saúde Pública
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>IESS</b>	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
<b>LDO</b>	Lei de Diretrizes Orçamentárias
<b>LOA</b>	Lei Orçamentária Anual
<b>MF</b>	Ministério da Fazenda
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ODS</b>	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
<b>ONU</b>	Organizações das Nações Unidas
<b>PAS</b>	Programação Anual de Saúde
<b>PFDC</b>	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
<b>PIASS</b>	Programa de Interiorização das Ações da Saúde e Saneamento para o Nordeste
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PPA</b>	Plano Plurianual
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RMB</b>	Região Metropolitana de Belém
<b>SIOPS</b>	Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em Saúde
<b>STN</b>	Secretaria do Tesouro Nacional
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 O PLANEJAMENTO E A GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO BRASIL .....</b>	<b>22</b>
2.1 O PLANEJAMENTO E A GESTÃO PÚBLICA: DAS PRÁTICAS CONVENCIONAIS ÀS PRÁTICAS SITUACIONAIS .....	22
2.2 ANÁLISE SITUACIONAL .....	24
2.3 PERSPECTIVA CRÍTICA DE PLANEJAMENTO .....	27
2.4 ORÇAMENTO E GASTOS COM A SAÚDE NO BRASIL: QUADRO NORMATIVO E AVANÇOS NAS FORMAS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE RECURSO.....	30
2.5 PLANO PLURIANUAL, LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS, LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL.....	34
2.6 HISTÓRICO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS) .....	36
<b>3 A REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM E O DIREITO À SAÚDE .....</b>	<b>38</b>
3.1 REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: UM BREVE QUADRO .....	38
3.2 O PERFIL DOS MUNICÍPIOS: QUADRO DA SAÚDE POR UNIDADE ADMINISTRATIVA.....	44
<b>4 OS RECURSOS DE SAÚDE E SUA DESTINAÇÃO NOS MUNICÍPIOS DA RMB .</b>	<b>57</b>
4.1 OS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE NA RMB NO PERÍODO DE 2009 A 2019: UM QUADRO GERAL.....	57
4.2 O PLANEJAMENTO E O COMPORTAMENTO DOS GASTOS DOS MUNICÍPIOS NO PERÍODO 2009-2019.....	62
4.3 O PERCENTUAL MÍNIMO E A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS POR MODALIDADE DE ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA: UM BALANÇO.....	73
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A proposta de pesquisa, nesta dissertação, consiste em analisar o financiamento em saúde na Região Metropolitana de Belém (RMB) e na repartição de recursos públicos em saúde pelos municípios constituintes desta, observando-se o planejamento e a gestão desse setor presente no país e na supracitada região.

O exercício da cidadania pressupõe, dentre outras coisas, a participação ativa do cidadão na condução das políticas públicas do Estado, compreendendo a fiscalização da gestão dos recursos e a participação no planejamento das ações e dos serviços executados pela administração pública. Por esse prisma, o acesso democrático às informações torna-se fundamental no controle e no uso racional dos recursos públicos (RIBEIRO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2017).

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e a Constituição Federal de 1988 (CF) (BRASIL, 1988), que estabelecem a direção doutrinária da política brasileira de saúde, passam a definir nova institucionalidade ao sistema. De um lado, as CNS propiciam um canal de participação social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); de outro, a CF garante acesso universal e igualitário à saúde. O governo e os representantes da sociedade civil exercem sua função política de forma paritária, mediados pelos princípios da reforma sanitária brasileira, como universalidade, integralidade e equidade para desempenhar, oficialmente, as seguintes funções: definição da situação atual de saúde do país e a elaboração das diretrizes de políticas públicas para o setor.

Nesse contexto, as políticas públicas têm o objetivo de direcionar a atenção para as maiores necessidades e focar em ações e serviços para tais. Políticas públicas são compreendidas “como as de responsabilidade do Estado quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisão que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada” (HOLFING, 2001, p. 31).

No Brasil, de 1897 até 1930, a área de saúde era designação da Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP), inserida no Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Na época, as ações desenvolvidas tinham como foco o saneamento básico e o controle de endemias, tais como: a peste, a cólera e a varíola. Apenas com a criação do Ministério de Educação e Saúde em 1930, as atenções governamentais passaram a atuar também em caráter da medicina individual (HOCHMAN, 2005).

A criação do Ministério da Saúde, em 1953, tinha por objetivo a atuação nas campanhas e na vigilância sanitária, com a inserção de uma ótica municipalista. Entretanto, cresceu a chamada “medicina de grupo” e a privatização dos serviços em saúde (ROSA, 2012). Na década de 1970, a saúde no Brasil estava sucateada com uma atenção precária e críticas censuradas pela ditadura militar. Iniciou-se o movimento pela reforma sanitária, o qual defendia o fortalecimento do setor público nessa área (saúde) como um direito de cidadania. Entretanto, foi somente em 1978 com o movimento popular de saúde e a experiência positiva do “Programa de Interiorização das Ações da Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS)”, que se percebeu a necessidade de oferecer uma atenção primária em saúde (ROSA, 2012).

Quanto à sua implementação, o início desse processo data da primeira metade dos anos 1980. Em 1983, são assinados os primeiros convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS) com estados e municípios. Em 1987 surgem os primeiros convênios com os estados do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A estratégia adotada consistiu em implantar, gradativamente, a descentralização, sempre associada à criação de espaços institucionais de participação social através de Conselhos de Saúde – variando seu caráter deliberativo ou não, mas previstos em todas as esferas –, até que, a partir de 1988, com a CF, inicia-se a implantação do SUS (COHN, 1996, p. 40). Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2001), um dos momentos mais importantes, na definição do SUS, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, a qual debateu três temas principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e o financiamento setorial.

Assim, a CF (BRASIL, 1988) reafirma o estado democrático e define uma política de proteção social abrangente, além de reconhecer “a saúde como direito social de cidadania e com isso a inscreveu no rol de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade voltados para assegurar a nova ordem social, cujos objetivos precípuos são o bem-estar e a justiça sociais” (BAPTISTA *et al.*, 2009, p. 2), ou seja, a partir de 1988, “o Estado encontra-se juridicamente obrigado a exercer as ações e serviços de saúde visando à construção da nova ordem social” (BAPTISTA *et al.*, 2009, p. 2).

Como bem preceitua o art. 196 da CF (BRASIL, 1988, p.28) “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. É imprescindível ressaltar que a CF registra a intervenção da vontade popular dando uma nova compreensão da própria assistência à saúde.

De acordo com os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecido pela agenda 2030 das Organizações das Nações Unidas (ONU) (2015), uma das metas é

umentar, substancialmente, o financiamento da saúde, bem como, o recrutamento, o desenvolvimento, a formação e a retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, nos países menos desenvolvidos. Em vista disso, é necessário que se priorize uma gestão orçamentária pública que vise garantir a implementação regular da utilização do recurso financeiro.

Há inúmeros fatores que influenciam em uma má gestão, ao passo que a seleção de pessoas envolvidas nessa gerência é um dos elementos desse acontecimento, que não deveria ser tolerável.

Ao mesmo tempo, como uma doença silenciosa, outro tipo de desperdício de recursos públicos também não pode ser desconsiderado: a ineficiência da gestão pública (também chamada de má gestão ou, nesta pesquisa, de desperdício passivo), com obras que perduram por meses a mais do que o planejado, remédios comprados e não distribuídos antes do vencimento, ausência de efetiva utilização dos equipamentos recebidos etc. (BRASIL, 2011 apud DIAS *et al.*, 2013, p. 23)

É perceptível que esse tipo de desperdício não recebe tanta atenção na mídia e mesmo em trabalhos acadêmicos, semelhante ao que ocorre com a corrupção. Embora em um estudo recente, realizado por Bandiera, Prat e Valletti (2009), evidencie que, na Itália, tais gastos representaram 83% do total de desperdício de dinheiro público na aquisição de bens, esses desvios de recursos, em áreas como educação, saúde e saneamento, conforme Ferraz, Finan e Moreira (2008, p. 2) “geram altos custos para a sociedade já que reduzem a acumulação de capital humano e acentuam a desigualdade porque domicílios mais pobres dependem de maneira mais acentuada dos serviços públicos”.

Dentre os serviços públicos prestados à população, é quase consenso que o serviço de saúde é um dos mais importantes, conforme indica um estudo realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) em oito regiões metropolitanas do país, o qual concluiu que, depois da casa própria, o segundo sonho de consumo do brasileiro é dar plano de saúde à família (ROSA, 2011).

A partir dessa perspectiva, a análise de gastos na saúde surge como um importante instrumento de transparência pública de interesse social e mecanismo de articulação para gestores públicos, visto que a garantia de direito à saúde, de maneira adequada, permite a ampliação da autonomia de quem utiliza o SUS como principal meio para resolução de problemas ligados a uma melhor qualidade de vida.

Portanto, é imprescindível a reflexão sobre um planejamento que busque atender, de forma mais justa, à gestão dos recursos públicos ligados à saúde. E assim como a população,



gestores podem utilizar mecanismos práticos para novas perspectivas de planejamento, de modo que possam ser criadas ferramentas de controle mais eficientes sob um olhar mais justo.

Assim, apresenta-se, como preocupação que norteia esta pesquisa, a análise de gastos na Região Metropolitana de Belém no período de 2009 a 2020 nos municípios que a integram, sendo eles: Belém, Castanhal, Santa Izabel, Marituba, Benevides, Ananindeua e Santa Bárbara.

É inegável que, ao longo das últimas décadas, muito se avançou no SUS em relação ao investimento em pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico de equipamentos e insumos estratégicos, como vacinas e medicamentos; o desenvolvimento de sistemas de informação e de gestão para monitorar resultados; a ampliação do número de trabalhadores em saúde; e maior participação e controle social por meio da atuação efetiva dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde.

No entanto, apesar dos avanços que o SUS representou ao país, o processo de financiamento está entre os principais problemas enfrentados desde a sua criação. A instabilidade dos parâmetros sobre gastos em saúde coloca em risco uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, comprometendo a prestação de um serviço de qualidade e acessível a todos.

Nesse sentido, a presente pesquisa torna-se relevante à medida que se propõe discutir os gastos na saúde na Região Metropolitana de Belém, possibilitando, dessa maneira, analisar as variáveis de investimento público, permitindo que, através da transparência pública, seja possível avaliar o funcionamento dessa distribuição. E, ainda, torna-se relevante mensurar a aplicação do percentual mínimo por parte de cada município.

Em vista disso, a pesquisa contribuirá, através da transparência pública, para uma gestão mais eficiente e democrática, que vise tornar o acesso à saúde mais igualitário. E, ainda, compreender quais os principais desafios e os caminhos na gestão da saúde.

A partir de 1988, o sistema de saúde brasileiro experimentou diversos mecanismos de financiamento, entretanto, ainda persistem as dificuldades para atingir o volume de recursos necessários para a melhoria dos serviços ofertados à população. Embora seja importante a busca pelo equilíbrio entre receitas e despesas, o financiamento da saúde não pode se resumir a uma simples equação contábil. A discussão do financiamento deve atentar para o volume de recursos a ser destinado à saúde, para o acesso oportuno da população aos serviços de saúde de qualidade, eficazes, seguros, mas também aos custos efetivos, conforme suas necessidades, sempre com vistas a atingir os princípios e as diretrizes do SUS.

Em conformidade com o Ministério da Saúde, no livro Financiamento público de saúde (BRASIL, 2013), não existe sistema ideal ou modelos a serem seguidos. De modo geral, todos

os países enfrentam problema semelhante na manutenção de seus sistemas de proteção social, ao passo que esse debate se mantém atual e necessário no sentido de encontrar meios para garantir os recursos financeiros em volume suficiente para assegurar o direito constitucional à saúde.

Nesses mais de 20 anos da CF, o SUS consolidou-se como uma das mais importantes políticas sociais do Estado brasileiro, sob responsabilidade da União, dos estados e dos municípios. Falta, porém, evoluir o debate e construir um novo modelo de financiamento capaz de dar sustentabilidade ao sistema, de suportar as pressões de custos e evitar a obsolescência da rede de atendimento. São necessários mais recursos públicos e, simultaneamente, garantir mais saúde com o mesmo dinheiro.

O financiamento das ações e serviços públicos do total de recursos financeiros, que os municípios detêm para aplicar aos serviços e ações com saúde, provém de orçamentos próprios e transferências intergovernamentais dos estados e da União. A administração dos recursos com saúde concentra-se na captação, na aplicação e na distribuição eficiente do necessário para satisfazer aos anseios da população e aos objetivos e metas, aos quais se propõe (SANTOS, 2006).

Em outras palavras, os planos de saúde, incentivados pelo governo, cobrem as doenças de menor custo uma vez que ocorra uma intercorrência mais grave, como uma neoplasia ou a necessidade de um transplante, a cobertura dos planos aprovados mais simples não acontece, onerando o SUS, o qual, por sua vez, não é ressarcido. Esse sistema visa favorecer o capital privado em detrimento do sistema público. Resumindo, vários atores obtêm vantagens e somente um perde, a maior parte da população brasileira: aquela situada nos estratos inferiores de renda familiar (OCKÉ-REIS, 2007; BAHIA, 2008; 2017).

Dessa forma, procurar-se-á, neste empreendimento, revelar as potencialidades que a análise de gastos e o planejamento da gestão têm na interpretação da realidade contemporânea da Região Metropolitana de Belém, de modo a identificar o uso dos recursos públicos no espaço regional em questão. Por essa razão, colocam-se as seguintes questões-problema:

- a) qual o comportamento/evolução dos gastos públicos na Região Metropolitana de Belém realizado com saúde no período de 2009 a 2019?
- b) de que forma ocorre a distribuição dos recursos referente aos equipamentos de saúde na Região Metropolitana de Belém?
- c) a aplicação do percentual dos recursos pelos municípios atende, de maneira eficiente, às demandas municipais?

d) como o dinheiro público é aplicado de modo que seja possível identificar sua eficiência na vida do cidadão?

É com base nessas questões que se propõe aqui discutir o financiamento da saúde na Região Metropolitana de Belém, bem como a importância que essa contribuição representa quanto à interpretação dos processos de planejamento que têm dinamizado a Região mencionada. Demonstrar-se-á, inclusive, a pertinência que a distribuição de recursos em saúde, de modo eficiente, pode sanar problemas na utilização dos serviços de atendimento, mudando a realidade em que vivemos.

Para a primeira questão da problemática de estudo, busca-se constatar os gastos públicos em saúde pública nesse período, levando-se em conta os seguintes elementos: financiamento, recursos, efetividade e eficiência, presentes na matriz de indicadores do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS).

Em seguida, pretende-se entender como ocorre a distribuição dos recursos pelos municípios presentes na RMB, tal como avaliar o uso do percentual mínimo de aplicação dos recursos nela e o que se faz, de fato, na execução dos serviços de saúde ofertados. Por fim, pretende-se desvelar, identificar e analisar a aplicação do dinheiro público, de modo que possibilite visualizar possíveis impactos na vida do cidadão.

O planejamento possui uma forma federalista no sistema de divisão dos recursos no que concerne à saúde. Logo, pretende-se verificar se tal sistema ocorre de fato, levando a saúde, universalmente, aos cidadãos.

O presente trabalho, definida a problemática que lhe dá significação, tem por objetivo analisar os gastos públicos em saúde na Região Metropolitana de Belém no período de 2009 a 2019. Esse objetivo geral se subdivide em três outros específicos, sendo eles:

- a) analisar as variáveis de investimento público no setor da saúde na Região Metropolitana de Belém no decorrer dos anos de 2009 a 2019.
- b) avaliar o uso do percentual mínimo de aplicação dos recursos da saúde nessa realidade metropolitana.
- c) identificar a eficiência da utilização dos recursos públicos na RMB.

A partir da preocupação mais relevante em começar a elucidar os aspectos que caracterizam os gastos em saúde na realidade apresentada, surge o desafio de estabelecer métodos de investigação e análise que sejam críticos e reflexivos acerca da relação entre

planejamento urbano e seus gastos como destino final, que é o cidadão, sobretudo, em um espaço de marcante diversidade urbano-regional.

O método científico de interpretação adotado, nesta dissertação, busca ser crítico e reflexivo. Dentre os princípios e elementos de análise, destacam-se: contradição, conflito, tese, antítese, síntese, totalidade, quantidade, qualidade, essência e aparência. Para a análise, portanto, pensa-se em conceber uma reflexão dialética sobre os recursos públicos com vistas à qualidade da saúde pública.

A dialética é um método de interpretação através do qual se visualiza a contraposição de elementos conflitantes e permite compreender o papel desses elementos em um fenômeno. Permite, ainda, ao pesquisador confrontar enunciados tomados como “verdades” com outras realidades e teorias para se obter uma nova conclusão, uma nova apreensão do objeto. Por isso, a dialética conduz à análise do objeto de forma não estática, contextualizando-o na dinâmica histórica, cultural e social (THALHEIMER, 1979).

Nesse tipo de pesquisa, o método qualitativo se complementa com o quantitativo, ou seja, não se excluem. No nosso caso, a pesquisa pretende desenvolver um pensamento reflexivo em relação ao planejamento, e, ao mesmo tempo, quantificar como ocorreu o comportamento dos gastos. Para tal classificação, tomam-se como referência os relatórios anuais dos municípios na base de dados do sistema, considerando o período de 2009 a 2019.

Dentre as teorias de base de nosso estudo, temos a ideia de desenvolvimento sócio-espacial<sup>1</sup> trabalhada por Souza (2000, 2002, 2006). Entende-se que, para o presente trabalho, a essência da construção teórica do autor supracitado relaciona-se com muitas abordagens para o pensar e agir no campo do planejamento e da gestão pública.

Em vista disso, tal conceituação contribui para uma nova forma de desenvolvimento que se estabelece não por uma perspectiva teleológica etnocêntrica, mas a partir e em direção à autonomia, um parâmetro, efetivamente, realizado na consideração do espaço e em seu processo de produção. Baseado, ainda, nas ideias de Souza (1997, 2000, 2002, 2006), entende-se que, para a presente pesquisa, a autonomia e a multidimensionalidade do espaço se unem em uma relação complexa, dando conteúdo para uma teoria aberta de desenvolvimento.

---

<sup>1</sup> A grafia “sócio-espacial” faz parte de um debate de Souza (2007) sobre desenvolvimento, para além da modernização e do discurso da sustentabilidade, e que inclui a dimensão social e espacial que envolve a questão. Refere-se notadamente ao processo de aprimoramento, gradativo ou, também através de bruscas rupturas, das condições gerais de viver em sociedade e de sua espacialidade em nome de uma maior autonomia individual e coletiva. No presente trabalho, sempre que referenciarmos esse autor e sua teoria, será usada a grafia por ele proposta.

Sendo o objeto de estudo a análise de gastos na saúde, o método dialético incide em estruturar a incorporação que ocorre, ou seja, da negação da negação, para se iniciar uma nova afirmação. Em suma, trata-se de um debate de ideias diferentes, chegando a uma conclusão a partir desses pensamentos diversos que se tornam um novo conceito, que pode ser contrariado novamente. Se a qualidade na saúde existe, verificar o oposto está na afirmação da negação, obtendo-se um resultado novo. A qualidade no serviço de saúde, ou o planejamento da saúde, deve ser analisado levando-se em consideração suas nuances, contrapondo-as à ideia de não haver qualidade, construindo uma investigação nova, uma síntese, verificando quais as negações do argumento, para assim fortalecê-lo e entrando na espiral da nova ideia que será construída nesta dissertação, de maneira a estruturar um conhecimento científico não apenas replicando o argumento, mas, na verdade, confrontando ideias.

Durante o processo da síntese, poderá ocorrer a descoberta de elementos novos presentes na constituição da realidade tomada como objeto de conhecimento. Essa descoberta poderá desembocar em novos conceitos ou categorias e ocorrer, também, a revelação de relações gerais – de nexos dialéticos – que propiciarão melhor compreender o objeto, uma vez que a pesquisa possui o viés quantitativo também associado ao elemento qualidade. Colocando em contraposição às variáveis de investimento, o uso do percentual mínimo (contido nos objetivos do projeto) e a qualidade desse uso, gera-se um resultado diferente, não uma mera síntese.

Desse modo, a aplicação do método dialético fornecerá subsídios para compreender qual o comportamento dos gastos públicos na Região Metropolitana de Belém e de que forma ocorre a distribuição dos recursos referentes à saúde, respondendo, assim, ao problema de pesquisa desta dissertação. A partir da indagação que propõe esta pesquisa, avaliar-se-á o que induz esse comportamento e a distribuição dos recursos, mas também as contradições presentes nesses elementos.

Coutinho (1994) assinala que o método dialético busca não uma totalidade fechada e definitiva, mas um processo de totalização. Neste, o todo seria compreendido como elemento aberto. Com o intuito de analisar os gastos públicos em saúde, inseridos no espaço metropolitano de Belém, tendo em vista os grupos que são nela incorporados de forma precária, a pesquisa utiliza-se de uma abordagem qualiquanti.

Duffy (1987) aponta que o emprego conjunto dos métodos traz benefícios como: a possibilidade de controlar vieses (pela abordagem quantitativa); a compreensão dos agentes envolvidos no fenômeno (pela abordagem qualitativa); a identificação de variáveis específicas (pela abordagem quantitativa) e a visão global do fenômeno (pela abordagem qualitativa).

Para o alcance do objetivo pretendido, os dados serão coletados a partir da base de dados do PROADESS o qual está disponível no site do Ministério da Saúde. O período de análise de dados será referente aos anos de 2009 a 2019, porque se trata de anos recentes para melhor compreender a realidade atual e sua análise em futuras pesquisas. Este lapso temporal permite uma análise mais aprofundada sobre a evolução e o comportamento dos gastos, bem como as mudanças de governos realizadas no período de análise.

A escolha dessa região como recorte se dá pelo fato de serem municípios próximos e possuírem uma relação direta entre si, assim como por apresentarem parâmetros relativamente homogêneos em termos de realidade socioespacial.

As informações disponíveis no *site* podem também ser analisadas por município, estado ou região, permitindo estimativas com alto grau de precisão sobre dados e indicadores de abrangência nacional. Isso faz do PROADESS uma importante ferramenta de apoio às negociações e às decisões dos gestores, seja nos espaços de pactuação intergovernamental do SUS, seja junto à área financeira do respectivo ente na busca por mais recursos. A transparência do financiamento do setor público também viabiliza uma interlocução mais qualificada com órgãos e instâncias de controle social.

Esse desenho enseja a discussão sobre o caráter redistributivo do gasto federal e do volume de recursos necessário ao financiamento do SUS. A avaliação da qualidade do gasto, ou a adequação destes às necessidades da população, constitui pré-requisitos para o avanço desta discussão. A promoção da cidadania de parcela significativa da população depende da eficiência do setor público na provisão adequada de ações e serviços de saúde.

Dentre as técnicas de investigação, têm-se o levantamento bibliográfico que dá sustentação teórica e conceitual à discussão, e a análise documental. Fundamentalmente, são necessárias três etapas para a realização de uma boa pesquisa documental, quais sejam: pré-análise, organização do material e análise dos dados coletados.

Esta pesquisa se utiliza de fontes primárias, isto é, dados e informações que ainda não foram tratados científica ou analiticamente, mas também de dados secundários de pesquisa, ou seja, sistematizações já disponíveis e que ajudam a dar conta da problemática de pesquisa. Após essa etapa, foi desenvolvida a organização do material, visando facilitar a interpretação dos dados, especialmente quando o volume de informações for alto. Por último, foi feito o tratamento dos dados, já com as fontes organizadas e classificadas, momento em que se fez a análise das informações.

A base dos dados analisados foi o PROADESS, tendo como alvo de delimitação a esfera municipal, no que tange à RMB, no que concerne à matriz de indicadores de um sistema mais geral chamado SIOPS (Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em Saúde)

No primeiro capítulo, será discutida a perspectiva do planejamento e a gestão pública no Brasil hoje, como funciona e quais pessoas estiveram e estão na frente deste planejamento em termos de teoria e prática. O planejamento e a gestão em termos de saúde atualmente no Brasil são formulados de forma desigual e com pouco aproveitamento de recursos. Convida-se então a entender outras formas de intervenção que melhor otimizariam este processo, favorecendo uma autonomia individual e coletiva. Se a falta de um sistema eficiente sugere a inadequação da destinação dos recursos, é pertinente presumir que há contradições na relação entre os gastos e sua finalidade

No segundo capítulo será apresentada a caracterização socioespacial da RMB, bem como a análise do perfil dos municípios e a relação com o quadro da saúde por município.

No terceiro capítulo será realizada discussão sobre os recursos destinados à saúde na RMB em um lapso de 10 anos consecutivos apresentando resultados do comportamento dos gastos. E ainda, será apresentado um balanço do percentual mínimo e a distribuição dos recursos por modalidade de atendimento e assistência.

## 2 O PLANEJAMENTO E A GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO BRASIL

### 2.1 O PLANEJAMENTO E A GESTÃO PÚBLICA: DAS PRÁTICAS CONVENCIONAIS ÀS PRÁTICAS SITUACIONAIS

Cunha Junior (2014) define a administração pública como uma organização de entidades estatais, suas ramificações e agentes encarregados, constitucionalmente, de exercer a função administrativa do Estado. Segundo Di Pietro (2017), partindo da ideia que administrar engloba planejamento e execução, a administração pública, conceituada em um sentido amplo, encarrega os órgãos governamentais, supremos e constitucionais de esquematizar os planos de ação e comandar o planejamento governamental.

Os órgãos administrativos, por seu turno, subordinados e dependentes, são encarregados de pôr em prática os planos governamentais, ou seja, executá-los. Como a administração pública pratica somente atos de execução e não de governo, é possível defini-la, formalmente, como um conjunto de órgãos designados para alcançar os objetivos do governo e, em uma definição mais simples, como: “todo aparelhamento do Estado preordenado à realização de serviços, visando à satisfação das necessidades coletivas” (MEIRELLES, 2016, p. 68).

Segundo Cardoso (2011), parece pouco, mas o fato é que, no Brasil, ao longo das duas últimas décadas, em um ambiente ideologicamente hostil à presença e à atuação mais amplas do Estado, a função planejamento adquiriu feições muito diferentes das quais poderia ser portadora. Ao longo de todo esse período, a função foi sendo esvaziada de conteúdo político-estratégico, robustecida de ingredientes técnico-operacionais e de controle e comando físico e financeiro em torno de ações difusas, diluídas pelos diversos níveis e instâncias de governo, cujo sentido de conjunto e movimento, se estes o têm, mesmo setorialmente considerado, não é fácil e tampouco rápido de se identificar.

É recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração, e que construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares em que trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio (LORENZETTI *et al.*, 2014).

No planejamento normativo, o pressuposto que o orienta é o de que o gestor e a equipe gestora planejam e decidem, e os demais envolvidos no processo de trabalho em saúde executam. Essa forma de conceber o planejamento tem se mostrado ineficaz.



No âmbito do SUS, o gestor terá mais sucesso se conseguir mobilizar e envolver todos os sujeitos inseridos na cadeia de produção do cuidado em saúde. Gerir o SUS é também a arte de trabalhar coletivamente, apesar das dificuldades e conflitos. Consideram-se como ações fundamentais: reconhecer a existência do conflito, gerir o conflito e construir consensos que permitam avanços na gestão.

Entre as vertentes e métodos de planejamento, dois autores são centrais no contexto do SUS. Um deles é Mario Testa (1999), que centrou sua contribuição na análise da categoria poder, o outro é Carlos Matus (1993) que desenvolveu um método voltado para situações de poder compartilhado, ao qual denominou Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Esse método tem sido utilizado por diversos serviços de saúde, em diferentes âmbitos, por possibilitar a problematização da realidade e a construção de consensos em coletivos de trabalho. Matus (1993, p. 20) define **ator social** como:

[...] uma pessoa, personalidade ou grupamento humano que, de forma estável ou, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades produzindo fatos numa determinada situação [...] é dotada de algum tipo de poder capaz de intervir sobre um determinado problema (MATUS, 1993, p. 20).

Ainda, no enfoque do PES, Matus (1993) desenvolveu três conceitos utilizados em seu método. São eles: projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo. O projeto de governo (P) inclui os objetivos, as ações e as intencionalidades expressos, geralmente, nos planos de governo. Evidenciam as intencionalidades dos atores no momento da disputa pelos cargos de poder. A governabilidade (G) é o resultado do balanço entre as variáveis que o ator controla e as que não controla. Como citamos acima, todo gestor, em tese, inicia seu trabalho com algum capital político. Assim, quanto maior for o sucesso no avanço do projeto, mais capital político e mais poder acumulará. É, portanto, o domínio do ator (gestor) sobre a situação que maneja. A capacidade de governo (C) é o acúmulo de experiências, habilidades, técnicas, métodos e tecnologias disponíveis para a execução do plano. Alguns autores se referem ao capital intelectual, que é a experiência, o acúmulo pessoal e institucional já existente na instituição. O ator (gestor) deve identificar (e valorizar) o que já existe de avanços e acúmulos e compreender que, em se tratando do SUS, nenhum gestor inicia sua gestão do “zero” (MATUS, 1993, p. 20). A Figura 1 apresenta a elaboração ilustrativa de como funciona essa tríade.

Figura 1 – Triângulo de governo em Matus



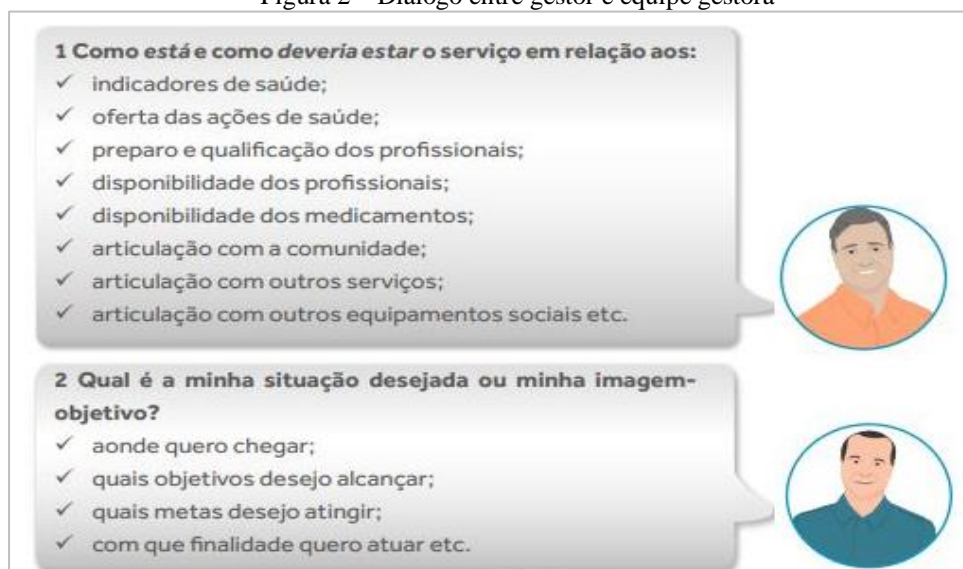
Fonte: adaptado pelo autor, com base em Gil, Luiz e Gil (2016)

## 2.2 ANÁLISE SITUACIONAL

Com as informações sobre a situação de saúde em dada unidade geográfica, o gestor e a equipe gestora passam para a análise situacional do território ou, comumente denominada, análise de contexto. No planejamento estratégico situacional, a situação refere-se a um conjunto de problemas ou de necessidades, tais como são compreendidos, a partir da perspectiva de atores ou sujeitos interessados em intervir sobre um determinado recorte da realidade (MATUS, 1993).

Para proceder a análise situacional, é importante que o gestor e a equipe gestora analisem duas questões, conforme elencadas na Figura 2.

Figura 2 – Diálogo entre gestor e equipe gestora



Fonte: adaptado pelo autor, com base em Gil, Luiz e Gil (2016)

Com base nessa análise situacional, é importante que o gestor e a equipe gestora reflitam sobre as ações e os serviços necessários para melhorar a qualidade de vida e a saúde da população.

Trata-se de prática comum gestores e equipes elaborarem os Planos de Saúde mecanicamente, de forma a atender, burocraticamente, uma exigência da gestão do SUS; ao passo que não foi essa a concepção pensada pelas lideranças que lutaram pela criação do SUS. Na verdade, o Plano de Saúde foi concebido para ser um instrumento político de enfrentamento das adversidades.

E para ser político, o Plano de Saúde precisa ser efetivo, construído com a participação e o envolvimento das equipes de saúde, dos conselheiros de saúde; precisa, sobretudo, retratar a real situação de saúde da população dos territórios, mostrar a capacidade instalada dos serviços e espelhar a situação da força de trabalho em saúde e dos processos afeitos a ela – espaços de educação permanente, envolvimento na definição e na construção dos protocolos e das linhas de cuidado, reuniões com gestores e equipe gestora, entre outras ações.

Para um sistema de gestão descentralizado é inerente a definição de objetivos a partir de problemas colocados fora e dentro da organização (ou macro organização). A capacidade de processamento destes, entendidos como necessidades declaradas ou demandas, define a qualidade da oferta institucional. A arte de gerir, para Matus (1994a), consiste em saber distribuir bem os problemas pela organização, de modo que todos os níveis estejam sempre lidando de forma criativa com problemas de alto valor relativo.

O modelo organizacional proposto por este autor (MATUS, 1994a) é o de uma organização reflexiva em todos os níveis, como condição de governabilidade. O caráter totalizador e rigoroso da explicação situacional facilita a escolha de operações de caráter transversal ou horizontal, que transcendem setores, departamentos e unidades e, nessa medida, o planejamento situacional favorece a integração horizontal, sob a forma de uma estrutura matricial por projetos. A horizontalização pode ser entendida aqui como sinônimo de descentralização, de criatividade e de tratamento multidisciplinar.

O Planejamento Estratégico Situacional, formulado por Matus (1993), segundo Rivera (2003a), contribui para pensar, pragmaticamente, o planejamento como gerência descentralizada de problemas abordados criativa e interativamente. Para Matus (1993), planejar significa pensar antes de atuar, com método e de maneira sistemática, uma vez que se trata de uma ferramenta para pensar e criar o futuro. E planifica quem governa, em um momento presente, através de um cálculo situacional de problemas e oportunidades, sendo inseparável da gestão, a qual é, necessariamente, política.

Dessa forma, o PES corrobora com a ideia de que a formulação de políticas se dá em diversos níveis de governo e âmbitos de gestão e de abrangência geral, particular e singular (MATUS, 1997b), havendo, assim, uma exigência de formulação de políticas que deem conta dos problemas de saúde em cada nível de atenção e em cada esfera de governo.

Essa formulação se trata de uma ação social que se estabelece através de um cálculo sistemático, apresentado como requisito à “existência de corpos ideológicos, teóricos e metodológicos que apoiam o cálculo que precede e preside a ação. Eles imprimem coerência e racionalidades particulares à ação; conseqüentemente, a sistematicidade diferencia o planejamento da improvisação” (MATUS, 1993, p. 55).

No contexto de tomada de decisão negociada, como acontece no SUS, é necessário que se analise, explique e aprecie a realidade a partir da visão de vários interessados, que estão imersos na situação concreta e que precisam transformar. Para isso, é necessário compreendê-los a partir dos aspectos políticos, econômicos e ideológico-culturais da ação do homem na sociedade (ARTMAN, 1993).

Matus (1982, p. 21) elabora um desenho explicativo chamado de Teoria da Produção Social, definido como a “produção de bens e serviços econômicos e tudo que o ser humano cria a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizativas e culturais, como um processo de produção social que altera, por sua vez, estas próprias capacidades”. A teoria é explicada por três níveis ou planos básicos da formação social, que interagem, mantendo relações de condicionamento e determinação:

- **Nível 1:** chamado de fatos/fluxos de produção ou da fenoprodução, no qual se situa todo e qualquer fato – entendido como bens, serviços de natureza econômica, política ou social, produzido por alguém e de alguma forma.
- **Nível 2:** da acumulação ou das fenoestruturas, refere-se ao espaço em que esses fatos ou fluxos são produzidos e que se acumulam sob a forma de estoques de recursos de poder, organizativos, econômicos, cognitivos dos atores sociais e definem a capacidade de produção de fatos por esses atores em sistemas organizativos e tecnologias de produção
- **Nível 3:** das regras ou das genoestruturas, corresponde ao plano das determinações no qual estão as leis básicas que regem todo o sistema, sendo o nível que determina o possível, é construído historicamente, por isso também é passível de mudanças pela mesma ação social.

## 2.3 PERSPECTIVA CRÍTICA DE PLANEJAMENTO

Conforme Milton Santos (2007), o valor do indivíduo depende, em larga escala, do lugar onde está. Em nosso país, o acesso aos bens e serviços essenciais, públicos, e até mesmo privados, é tão diferencial e contrastante, que uma grande parcela de brasileiros, no campo e na cidade, acaba por ser privada desses bens e serviços. Isso acontece de tal forma que, às vezes, tais bens e serviços, simplesmente, não existem na área, ou não podem ser alcançados por questão de tempo ou de dinheiro.

Nesse sentido, é perceptível o número crescente de pessoas que não conseguem nem mesmo se sustentar com o salário-mínimo, tendo de pagar por planos de saúde. Com isso, há um aumento de planos de saúde a serem vendidos de maneira tão mais “acessível” por grandes empresas que os comercializa.

Para Santos (2007), uma política efetivamente redistributiva, visando a que as pessoas não sejam discriminadas em função do lugar onde vivem, não pode prescindir do componente territorial. E é a partir dessa constatação que se deveria estabelecer como dever legal – e mesmo constitucional – uma autêntica instrumentação do território que a todos atribua, como direito indiscutível, isto é, todas aquelas prestações sociais indispensáveis a uma vida decente e que não podem ser objeto de compra e venda no mercado, dado que todas constituem um dever impostergável da sociedade como um todo, nesse caso, do Estado.

Para o mesmo autor (SANTOS, 2007), isso significa, em outras palavras, um arranjo territorial desses bens e serviços de que, conforme a sua hierarquia, os lugares sejam pontos de apoio, levando em conta a densidade demográfica e econômica da área e sua fluidez. No território onde a localização dos serviços essenciais é deixada à mercê da lei do mercado, tudo colabora para que as desigualdades sociais aumentem.

Não seriam apenas as Regiões Metropolitanas a merecer as regalias de um nível próprio de governo, mas todos os subespaços regionais. Resta, sem dúvida, a questão da delimitação geográfica e das competências e da natureza desse poder regional aqui proposto.

Considerando o território como um conjunto de lugares, e o espaço nacional como um conjunto de localizações (SANTOS, 1985), estes mudarão continuamente, em vista do constante rearranjo dos valores atribuídos a cada lugar, às atividades e às pessoas presentes. Nesse caso, urge que os processos corretivos sejam, também, permanentes, de modo a restabelecer os valores perdidos. A dotação de recursos seria objeto de revisões constantes. A partir dessa premissa, a repartição territorial dos gastos públicos seria estabelecida segundo regras flexíveis, capazes de contemplar as diversas escalas geográficas da administração, dentro

do objetivo redistributivista. Para cada esfera territorial, deve haver um conjunto de atribuições e de recursos capazes de assegurar a cidadania em todos os seus níveis.

De acordo Souza (2001), a teoria do desenvolvimento sócio-espacial constata que o caminho democraticamente mais legítimo, para se alcançar mais justiça social e melhor qualidade de vida, acontece quando os próprios indivíduos e grupos específicos definem os conteúdos concretos e estabelecem as prioridades com relação a tais objetivos. Pode ser considerada a justiça social e a qualidade de vida como subordinadas à autonomia individual e coletiva enquanto princípio e parâmetro. Daí as duas faces da autonomia, a individual e a coletiva, deverem ser entendidas como parâmetros subordinadores. Mais justiça social e uma melhor qualidade de vida são, de um ponto de vista operacional, parâmetros subordinados àquele que é o parâmetro essencial do desenvolvimento socioespacial, que é a autonomia.

A pergunta inicial que se deve formular, diante da tarefa de avaliar os impactos de uma intervenção realizada, ou em curso, ou de estimar prováveis efeitos da implementação de uma estratégia de desenvolvimento, é, portanto, a seguinte: como e em que extensão a intervenção ou a estratégia, que seria a adotada pelo SUS nessa dinâmica de planejamento estratégico, contribuiu, tem contribuído ou contribuiria para mais autonomia individual e coletiva?

As demais indagações seguem a primeira: de que modo e em que extensão a intervenção ou a estratégia do SUS, da gestão da saúde no Brasil e, conseqüentemente, na Região Metropolitana, tem contribuído ou contribuiria para uma justiça social? E como e em que extensão a intervenção ou estratégia do SUS contribuiu, tem contribuído ou contribuiria para uma melhor qualidade de vida?

A qualidade de vida corresponderia “à crescente satisfação das necessidades – tanto básicas quanto não básicas, tanto materiais quanto imateriais – de uma parcela cada vez maior da população” (SOUZA, 2002, p. 64). A justiça social evidenciaria a nossa capacidade de “conciliar poderosamente o respeito à alteridade com a exigência de igualdade” (SOUZA, 2002, p. 64). Isso só é possível apenas, conforme Souza (2020), se repensarmos a concepção de autonomia individual e a coletiva.

Cada uma dessas concepções teria um papel importante a cumprir numa sociedade que visa à democracia como sistema político não apenas formal. A autonomia individual só é possível se o indivíduo for capaz de estabelecer metas para si próprio de forma lúcida e à medida que for capaz de refletir criticamente sobre informações de que dispõe em fontes confiáveis; e a autonomia coletiva “necessita não só de instituições sociais capazes de garantir justiça, liberdade e possibilidade de pensamento crítico [...], mas também a constante formação de

indivíduos lúcidos e críticos, dispostos a encarnar e a defender essas instituições” (SOUZA, 2002, p. 64-65).

De fato, a qualidade de vida e a justiça social são vistas por Souza (2002) como subordinadas à autonomia individual e à coletiva, ou seja, mesmo que se possa ter ganhos em qualidade de vida e justiça social, se tais ganhos não forem fruto de decisões democráticas, não se pode falar em sociedade autônoma. Isso não quer dizer, como bem justifica o autor, que a justiça social e a qualidade de vida sejam submissas às autonomias individuais e coletivas. A relação entre a justiça social e a autonomia pode ser vista com mais facilidade, mas entre a qualidade de vida e a autonomia não se garante que as decisões políticas serão acertadas. Até porque, como afirma Souza (2002, p. 66), “na presença de uma heteronomia significativa no plano coletivo, será frequente a manipulação imbecilizante dos sentimentos de satisfação individual, como ocorre nas sociedades de consumo contemporâneas”. Por fim, ainda é necessário sintetizar como o autor percebe o processo de gestão e o olhar objetivo das categorias expostas acima.

Ainda que bem entendido, é necessário frisar que os ganhos em níveis de justiça social e qualidade de vida, além de percorrerem um processo democrático de decisões em uma sociedade autônoma, colocam-nos agora a necessidade de planejar. Planejar não só possíveis propostas interventivas, intuindo resolver as demandas urbanas, mas através do planejamento e da gestão urbana construir e reconstruir nossos aportes teóricos, considerando os atores sociais como sujeitos capazes de participar das decisões políticas públicas.

Sob a perspectiva de Souza (2002), para que tal premissa se torne realidade, nossos parâmetros de autonomia individual e coletiva deverão ser complementados em conformidade com parâmetros subordinados particulares, dado que a justiça social e a qualidade de vida são conceitos abstratos, caso não sejam contextualizados. Esses parâmetros subordinados particulares são qualificados pelo autor como exemplos específicos de cada parâmetro subordinado geral. Dessa forma, a justiça social pode se associar às preocupações com os níveis de segregação espacial, com as condições socioeconômicas e, ainda, níveis de participação da população em geral. Mediante a isso, a qualidade de vida pode, também, associar-se à satisfação individual em torno de serviços de saúde, educação e aqueles relativos à moradia (SOUZA, 2002, p. 67).

Para que seja possível alcançar as especificidades dos parâmetros subordinados particulares, o autor propõe adaptações singularizantes, as quais podem abarcar a compreensão no espaço e no tempo da situação concreta. E é nesse ponto que a atuação profissional tem o dever de contribuir com a gestão democrática para um desenvolvimento socioespacial. Isso

posto, cabe “aos próprios indivíduos/cidadãos envolvidos no planejamento ou na gestão em um determinado espaço e tempo” monitorar o processo de construção e de reconstrução dos desafios socioespaciais (SOUZA, 2002, p. 68); ao passo que para os profissionais envolvidos, urge apreender o universo de expectativas, em especial quanto às demandas, tratadas no exercício da prática cotidiana. Para tanto, são imprescindíveis pesquisas de campo, indicadores sociais e demais instrumentos empíricos, construídos com o propósito de captar “a intersubjetividade dos atores sociais” (SOUZA, 2002, p. 60).

Por consequência, é fundamental assegurar a qualidade do gasto público por parte do governo, para que os cidadãos tenham melhor qualidade de vida (SACHSET *et al.*, 2014). Entretanto, no nível local, a forma como se gastam recursos financeiros é influenciada, principalmente, pela abordagem de desenvolvimento adotada pelos gestores municipais (MOURA, 1998). Além disso, determinada abordagem de desenvolvimento acolhida por um governo também influencia as metodologias de avaliação e os gastos públicos (BOUERI; ROCHA; RODOPOULOS, 2015).

Nesse caso, há, na literatura técnica contábil (ARAÚJO; ARRUDA, 2009) e na literatura científica brasileira, uma lacuna nas metodologias alternativas de análise de gasto público a partir do contexto vivido pelos cidadãos. No Brasil, as análises que vêm sendo publicadas pela academia, a exemplo de autores como Rodrigues *et al.* (2016), Jesus, Dantas e Silva (2019), bem como por Dantas e Silva (2019), são, predominantemente, quantitativas e ancoradas na sustentabilidade fiscal, na eficiência e produtividade a partir de uma abordagem macroeconômica.

#### 2.4 ORÇAMENTO E GASTOS COM A SAÚDE NO BRASIL: QUADRO NORMATIVO E AVANÇOS NAS FORMAS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE RECURSO

A CF (BRASIL, 1988) determina que as três esferas de Governo (federal, estadual e municipal) financiem o SUS, gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Esse financiamento é planejado para promover a arrecadação e os repasses necessários para a operacionalização do sistema, de forma a garantir a sua universalidade e integralidade.

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (BRASIL, s/d), os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos, atualmente, pela Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012), resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29 (EC-29) (BRASIL, 2000). Por essa lei, municípios e Distrito Federal devem



aplicar, anual e obrigatoriamente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados o valor de 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da Lei Orçamentária Anual (LOA) para evitar as perdas inflacionárias.

De maneira geral, pode-se dizer que quanto maior a participação do Estado no financiamento da assistência à saúde, fundada no entendimento de que o acesso à saúde constitui um direito derivado da cidadania, maior igualdade de oportunidades de acesso e nível de cobertura. Além disso, conforme Lobato e Giovanella (2012, p. 94), “o papel governamental no financiamento condiciona a capacidade estatal de regulação do sistema de saúde”. E “[...] a habilidade do governo para regular as diversas dimensões do setor saúde (medicamentos, tecnologia, serviços, prestadores) é crítica para a eficiência, para a garantia de cobertura ampliada e o controle de gastos” (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 94).

A EC/29 (BRASIL, 2000) trouxe mais recursos para a saúde e promoveu o aumento da participação de estados, Distrito Federal e municípios no financiamento do SUS. Ela começou a vigorar em 2000, quando a União ainda respondia por quase 60% do recurso público total aplicado no SUS. Desde essa data, sua participação relativa decresceu, ficando em torno de 44% em 2011, apesar de terem sido observados incrementos reais no montante destinado à saúde pela esfera federal.

Nesse mesmo período, a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6% do gasto público com ações e serviços de saúde, de acordo com os dados do Sistema de Informações e Orçamentos Públicos de Saúde (BRASIL, 2004). A EC/29 (BRASIL, 2000) teve impactos diferenciados em cada ente da federação e foi bem sucedida na busca pelo objetivo de atender ao princípio constitucional da descentralização, ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde.

Entre 2000 e 2011, os estados e municípios mais que triplicaram, a preços constantes, o volume de recursos destinados à saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R\$ 61 bilhões (sendo R\$ 28 bilhões referentes ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões referentes ao municipal) (IPEA, 2013) Nesse mesmo período, a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R\$ 31 bilhões, o que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000 (IPEA, 2013). Esse incremento é muito próximo ao observado em cada uma das outras duas esferas de governo. Assim, dois terços do aumento dos recursos para as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), após a promulgação da EC/29,

foram provenientes das receitas próprias de estados e municípios, enquanto um terço foi proveniente dos recursos injetados pela União, que concentra a arrecadação das contribuições sociais destinadas a financiar a Seguridade Social (PIOLA *et al.*, 2013, p. 14).

Quadro 1 – **Brasil:** panorama cronológico do sistema normativo da saúde

Ano	Órgão	Aplicação
1923	A Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) foi marco inicial da Previdência Social no Brasil. Criada pela Lei Eloi Chaves.	Momento inicial em que o Estado assume a responsabilidade pelas ações de saúde dos trabalhadores. Antes eram feitas por grandes empresas, ao passo que a gestão era feita pelas empresas e empregados.
1933	Unificação das CAP em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS)	Passam a ser por categoria profissional e sua gestão era tripartite: governo (gestão financeira), empregadores e empregados.
1953	Criação do Ministério da Saúde	O foco de ação era nas ações e programas de saúde, incluindo vacinação e o controle de endemias/epidemias, ou seja, ações de promoção e prevenção.
1966	Criação do Instituto Nacional da Previdência Social	Ratifica a dicotomia entre a prevenção e a assistência à saúde. Sistema excludente, uma vez que apenas os trabalhadores formais (previdenciários/contribuintes) tinham acesso.
1977	Criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)	Responsável pela assistência médica dos previdenciários.
1978	Primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde	Aconteceu em Alma-Ata e foi um marco na Atenção Primária em todo mundo. Impulsionou mudanças na organização do sistema de saúde no Brasil.
1982	Criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP)	A partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983. Estas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.
1983/84	Implementação das Ações Integradas em Saúde (AIS)	Como componente, originalmente, subalterno do Plano do CONASP e como redefinição democratizante de uma política racionalizadora que passou a ter mais espaço com o avanço das lutas democráticas.
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde	Sendo a primeira a permitir a participação popular. Pode ser considerada o maior marco do movimento sanitário. Seu relatório teve caráter importante na construção de um sistema de saúde para todos.
1988	Promulgação da Carta Magna de 1988	A primeira constituição a contemplar o setor saúde em seus artigos: 196 ao 200, a qual institucionaliza o SUS.
1987/89	Criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS)	Conhecido como estratégia ponte ou “estadualização” da Saúde. Teve grande importância no processo de descentralização das ações e serviços de saúde.
1990	Edição das Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90	Lei nº 8.080/90 – dispõe sobre a organização do SUS e a Lei nº 8.142/90 – dispõe sobre o controle social e o financiamento do SUS.
1991	Edição da primeira Norma Operacional Básica (NOB 91)	Retroage e possui características centralizadoras. O Programa de Agentes Comunitários (PACS) é criado e a atenção básica começa a ganhar importância no Sistema de Saúde.
1993	Edição da segunda Norma Operacional Básica (NOB 93)	Traz formas de habilitação dos municípios, estratificando o grau de autonomia destes. Os municípios poderiam ser classificados em: incipientes, parciais e semiplenos.
1994	Criação do Programa Saúde da Família	Grande avanço para a Atenção Básica no Brasil.
1996	Edição da terceira Norma Operacional Básica (NOB 96)	Institui o Piso da Atenção Básica e fortalece a descentralização e a Atenção Básica, incentivando financeiramente os municípios a estruturar a rede, através da Atenção Básica e da

		Saúde da Família. Habilita os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.
2000	Emenda Constitucional nº 29 (2000)	Traz a importância da fixação de valores mínimos para o financiamento do SUS. Somente em 2012 a Lei nº 121/12 traz, em seu texto, os valores mínimos para aplicação de recursos próprios, pelos estados, DF e municípios no setor saúde.
2001	Edição da primeira Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001 (NOAS-SUS)	Atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.
2002	Edição da segunda Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2002	Assegura a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias para a superação das dificuldades e impasses, oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.
2006	Divulgação do Pacto pela Saúde através da Portaria nº 399/06	O Pacto é composto por 3 componentes, cada um traz prioridades para todas as esferas de governo: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão.
2009	Publicação do Regulamento da Saúde através da Portaria nº 2.048/09	Cria o Regulamento do SUS, revoga a Portaria nº 399/06.
2011	Publicação do Decreto nº 7.508/11	Regulamenta a Lei Orgânica nº 8.080/90. Traz conceitos importantes e fortalece a regionalização através da Instituição de Regiões de Saúde – o que garante a integralidade da assistência em saúde.
	Publicação da Nova Portaria da Atenção Básica (PNAB)	
2012	Sancionada a Lei Complementar nº 141/12	Traz, em seu texto, os percentuais mínimos a serem investidos pelas esferas de governo nas ações e serviços de saúde. Deixa claro, em seu texto, quais são as ações e serviços de saúde.
2015	Emenda Constitucional nº 86/15	Altera o art. 198 da CF, deixando claro o valor mínimo a ser investido pelas esferas de governo. Deixa claro, ainda, o valor mínimo de 15% para a União – recursos próprios.
	Publicação da Lei nº 13.097/15	Altera o art. 23 da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, passando a ser permitida a participação direta e indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil. Inclui o art. 53A na citada LOS.

Fonte: elaborado pelo autor, com base em Reis, Araújo e Cecílio (2009) e em Souza (2017).

Conforme o Quadro 1, na verdade, o SUS pode ser visto como desaguadouro, tanto de uma “linha do tempo”, que enfatiza a dimensão assistencial — a exemplo da que está sendo apresentada neste trabalho —, quanto uma “linha do tempo” que contaria a história das vigilâncias epidemiológica e sanitária e suas contribuições para o que, hoje, denominamos “vigilância em saúde”. Sabemos que as duas vertentes do SUS ainda permanecem como água e óleo, ou seja, não conseguem realmente se misturar para produzir a integralidade do cuidado.

Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências, com ênfase na municipalização, pela criação e funcionamento das comissões intergestoras (tripartite nacional e bipartites estaduais), dos fundos de saúde, com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS, unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde e, fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS, perante a população usuária — os

trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde —, levando a expectativa de alcançar os direitos sociais e as decorrentes força e pressão social (SANTOS, 2007, p. 2010).

De fato, a descentralização foi um ponto fundamental para que o SUS conseguisse alcançar grandes números. Entre todos os marcos normativos, considera-se 2000 e 2012 como os principais momentos de avanço, em termos de normas, pois abalizam, respectivamente, a criação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000), que traz a importância da fixação de valores mínimos para o financiamento do SUS, e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), que institui os percentuais mínimos a serem investidos pelas esferas do governo nas ações e nos serviços de saúde, deixando claro, em seu texto, quais são tais ações e serviços de saúde.

## 2.5 PLANO PLURIANUAL, LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS, LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL

Observa-se, no elementar entendimento do termo orçamento, a expressão de algo que nos remete à “(...) ideia de computar, de avaliar e de calcular, em relação à previsão, o comportamento provável das receitas e dos gastos” (SANCHES, 2004, p. 234), isto é, um “(...) instrumento de que o administrador dispõe para equacionar o futuro em termos realísticos” (REIS; MACHADO JÚNIOR, 2015, p. 9) de qualquer atividade econômica, seja ela pública ou privada. Logo, depreende-se que o processo de evolução das finanças públicas no Brasil, rumo à convergência aos padrões internacionais, passa necessariamente pelo aperfeiçoamento de seu principal instrumento: o orçamento público.

Nesse caminho, os principais instrumentos de planejamento e de orçamento de governo são o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual de cada esfera de gestão (Figura 3).

Figura 3 – Relação das leis, metas e diretrizes dos recursos



Fonte: Brasil (2016)

Cada município, estado e a União dispõem de sistemas de informações próprios para elaboração e monitoramento do PPA, LDO e LOA, de acordo com suas legislações próprias, em geral, administrados pelas respectivas instâncias de planejamento orçamentário.

As leis orçamentárias (LDO e LOA) são elaboradas por iniciativas do poder executivo, que as encaminha ao poder legislativo. Após apreciá-las e emendá-las, o poder legislativo as aprova, de modo que, então, entram em vigor. A LDO corresponde, temporalmente, à Programação Anual de Saúde (PAS), que operacionaliza, a cada ano, as diretrizes de plano de saúde de cada ente federado. O PAS fixa as metas e as prioridades da administração pública estadual para cada ano e orienta a elaboração da LOA.

O PPA estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública. Fixa, ainda, as despesas de capital e outras decorrentes destas, bem como aquelas relativas ao programa de duração continuada. A duração da lei, que institui o PPA, é de 4 anos. A LDO, com base no Plano Plurianual, determina as metas e as prioridades da administração pública, tendo esta a função de orientar a elaboração e a execução da lei orçamentária anual, bem como dispor sobre as alterações na legislação tributária. Inclui, também, as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente. A LOA estabelece previsão da receita e a fixação da despesa necessária ao desenvolvimento das ações e serviços públicos para cada exercício financeiro, visando sempre alcançar os objetivos determinados (XEREZ, 2013, p. 7), conforme a CF (BRASIL, 1988).

## 2.6 HISTÓRICO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS)

De acordo com SIOPS (BRASIL, 2000), a ideia de criar um sistema que disponibilizasse informações sobre despesas em saúde de todos os entes federados surgiu no CNS, em 1993. A proposta foi considerada relevante, pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), quando da instalação dos inquéritos civis públicos nº 001/94 e nº 002/94, os quais abordavam o funcionamento e o financiamento do SUS (BRASIL, 1999).

Considerando o art. 196 da CF (BRASIL, 1988), em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial MS/PGR nº 529, pelo Ministério da Saúde e pelo Procurador-Geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto de implantação do SIOPS (BRASIL, 1999), buscando investigar a necessidade de um preciso conhecimento dos recursos que seriam efetivamente aplicados pelas esferas do governo e, sobretudo, a origem destes recursos.

Institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde, o reconhecimento do SIOPS foi feito com a publicação da Portaria Conjunta MS/PGR nº 1163, de 11 de outubro de 2000 (BRASIL, 2000), posteriormente retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR nº 446, de 16 de março de 2004 (BRASIL, 2004), sendo coordenado atualmente pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999).

Até o exercício de 2012, o banco de dados do SIOPS foi alimentado pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, através do preenchimento de formulários em *software* desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o objetivo de apurar as receitas totais e as despesas em ações e em serviços públicos de saúde. A partir do exercício de 2013, em decorrência da publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), o registro de dados passa a ser obrigatório, inclusive, para a União (BRASIL, 1999).

Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e pelos municípios, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e de despesas definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN), do Ministério da Fazenda (MF) (BRASIL, 1999).

As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado e são inseridas e transmitidas, eletronicamente, para o banco de dados do sistema, através da *internet*, gerando indicadores de forma automática.

Assim, o SIOPS, desde a sua criação em 2000, constitui instrumento para acompanhar o cumprimento do dispositivo constitucional que determina a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde, tendo sido reconhecido seu papel na própria LC nº 141/2012 (BRASIL, 1999), que o elege para tal.

O demonstrativo de despesa com saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária, previsto na LC nº 101/2000 (BRASIL, 2000) passou a ser gerado no SIOPS com base nos dados informados pelos entes federados, ao passo que esse sistema de banco de dados disponibiliza diversos tipos de consultas, relatórios e indicadores.

O SIOPS faculta aos Conselhos de Saúde e à sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos, de tal modo que constitui importante instrumento para a gestão pública em saúde, dado que, a partir das informações sobre recursos alocados no setor, têm-se subsídios para a discussão sobre o financiamento e o planejamento do SUS. A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que proporciona a toda população o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa tem aplicado na área.

Logo, as variáveis de investimento público serão analisadas de acordo com os dados presentes no SIOPS. A base permite identificar, desde 2002, quanto estados, municípios e União gastaram em saúde por ano, bem como o percentual mínimo de aplicação, realizados de maneira obrigatória desde a vigência da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012). E através disso analisar como se dá o comportamento desses gastos em saúde.

### 3 A REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM E O DIREITO À SAÚDE

#### 3.1 REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM: UM BREVE QUADRO

A atual RMB é constituída por sete municípios (Belém, Ananindeua, Castanhal, Marituba, Santa Bárbara do Pará, Benevides e Santa Izabel do Pará) que, juntos, possuem uma população superior a dois milhões de habitantes, distribuída em uma área de 2.536,888 km<sup>2</sup>, com uma densidade populacional de 851,90 hab./km<sup>2</sup>, e que pode ser visualizada pelos respectivos municípios (Tabela 1)

Tabela 1 – RMB: informações gerais sobre os municípios formadores

Município	População	Ano de instalação do município	Área (Km <sup>2</sup> )	Densidade populacional
Belém	1.392,03	1616	1070,1	1.307,99 hab./km <sup>2</sup>
Ananindeua	471.744	1943	191,4	2056,3 hab./Km <sup>2</sup>
Marituba	108.251	1993	109,1	682,2 hab./Km <sup>2</sup>
Benevides	51.663	1961	177,7	200 hab./Km <sup>2</sup>
Santa Bárbara do Pará	17.154	1997	279,4	40,7 hab./Km <sup>2</sup>
Castanhal	203.251	1932	1028,9	195,2 hab./Km <sup>2</sup>
Santa Izabel do Pará	71.837	1933	362,4	83,2 hab./km <sup>2</sup>

Fonte: adaptado e organizado pelo autor, com base em IBGE (2010)

No final da década de 1980, o crescimento urbano da RMB se dá em direção aos municípios de Marituba e de Benevides. Tal crescimento só atinge os municípios de Santa Bárbara do Pará e de Santa Izabel do Pará mais propriamente na década de 1990, ambos muito dependentes do núcleo central da RMB (Belém), no que diz respeito a empregos e a serviços públicos, principalmente pelo fato de suas ocupações terem sido marcadas por características rurais (LIMA, 2007).

Segundo Trindade Jr. (1998), foi somente a partir da segunda metade do século XX que se pôde reconhecer um processo de metropolização em Belém, que veio se consolidando nas décadas posteriores a 1960. Para o autor, o início deste processo em Belém se caracterizou pela “[...] incorporação de cidades e vilas próximas a Belém, definindo uma malha urbana única, ainda que fragmentada” (TRINDADE JR., 1998, p. 1). Diante disso, o autor considera dois os períodos que marcaram o processo de metropolização de Belém: o primeiro se caracteriza por uma forma metropolitana concentrada; o segundo, por uma forma metropolitana dispersa.

Ao analisar o caso metropolitano belenense, Trindade Jr. (1998) verifica que o processo de dispersão, a partir da expansão da fronteira urbano-imobiliária, é acompanhado por dois



movimentos: valorização do centro metropolitano e de seu entorno e surgimento de novos espaços de assentamentos na periferia distante. A consolidação dos novos vetores de expansão urbana da metrópole belenense foi inicialmente definida com o aparecimento dos conjuntos habitacionais, no contexto de remanejamento, por parte do Estado, de moradores que tinham ocupado áreas de baixada, primeiramente, algumas das quais passaram por processos de valorização. Conforme indica Trindade Jr. (1998), esses foram processos de redirecionamento dos assentamentos em Belém, realocados das áreas de baixada para as de subúrbio.

Analisar o processo de estruturação urbana do espaço metropolitano belenense considerando o fenômeno da dispersão é importante pois, conforme salientou Trindade Jr. (1998), com relação à distribuição espacial das habitações realizadas pela Companhia de Habitação do Estado do Pará (COHAB) no período de 1965 a 1990 no estado do Pará já se podia verificar o papel que o município de Ananindeua passou a assumir, nesse contexto, como importante ponto de dilatação da malha urbana.

De acordo com os dados da COHAB (2012), percebe-se que do total de 22.823 lotes urbanizados por esta companhia no estado do Pará, no período entre 1997 e 2009, 85% se concentram na RMB e do total de unidades habitacionais construídas neste mesmo período, que soma o montante de 20.016, 81% também se concentram na RMB.

A noção de metrópole, segundo o senso comum, deriva mais ou menos da definição etimológica. A metrópole seria a cidade de referência de um determinado espaço, o centro importante de civilização. Há uma certa fusão de cidade com metrópole nessa acepção. A cidade mais importante seria a metrópole, desconsiderando os aspectos científicos que dão sentido ao adjetivo metropolitano.

Em se tratando de uma metrópole, a realidade de Belém guarda particularidades advindas de sua formação enquanto cidade de referência no cenário regional. O contexto histórico-geográfico considerado aqui não remonta às origens da cidade desde sua fundação, ainda no século XVII, mas reconhece a história de sua formação metropolitana, posto que, de fato, até meados do século XX, a malha urbana estava confinada a uma área ainda relativamente próxima de seu local de fundação.

A periodização apresentada por Moreira (1989) sobre o crescimento urbano de Belém até a década de 1960 relata que:

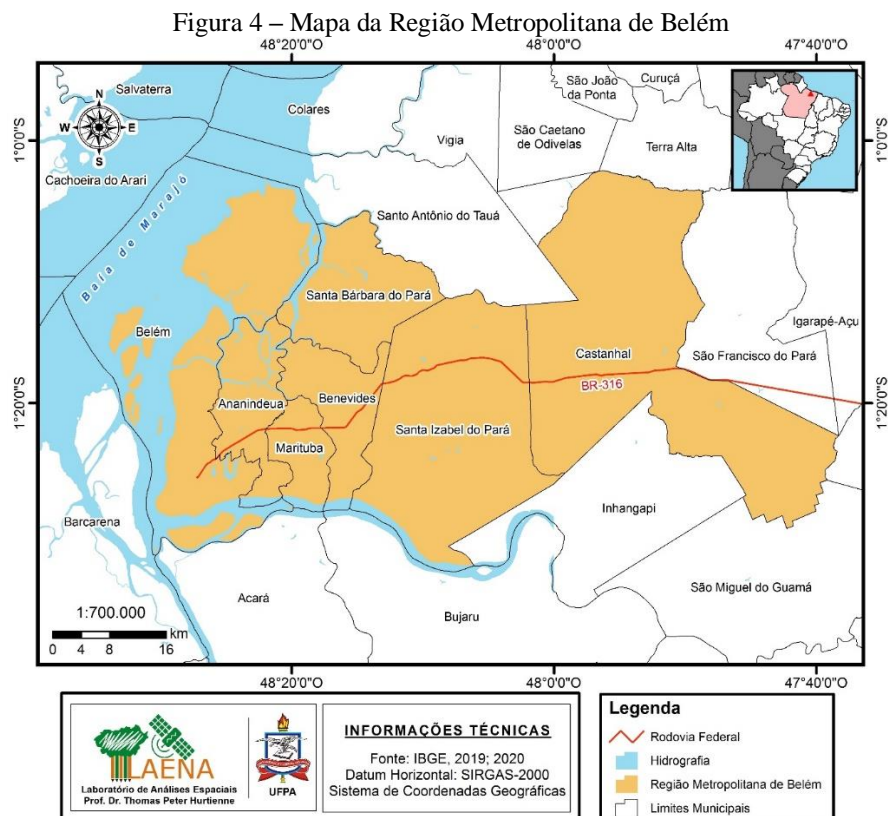
[...] em princípio, a cidade se expandiu acompanhando a orla fluvial, para, em seguida, interiorizar-se e se continentalizar, definindo as três primeiras fases de seu crescimento: a ribeirinha (da fundação da cidade em 1616 até meados do século XVIII); a de penetração ou interiorização (de meados do século XVIII a meados do século XIX); e a de continentalização (de meados do século XIX em diante). (MOREIRA, 1989, p. 52)

A trajetória de crescimento urbano da cidade acompanhou, do século XVII até a primeira metade do século XX, as necessidades regionais, ainda pouco presentes em um espaço urbano complexo (SANTOS, 2017, p. 101).

A expansão da metrópole em direção à sua periferia mediata de hoje se deu principalmente nos anos 1980 com o crescimento da urbe em direção aos municípios periféricos, especialmente Ananindeua e Marituba, configurando grande parte da área de expansão atual, redefinindo o antigo confinamento. Ananindeua chegou a ter um crescimento demográfico na ordem de 18%, ao longo da década de 1990 mesmo considerando que o município teve seu território desmembrado para a criação de novas municipalidades na Região Metropolitana.

Conforme Veloso (2015), a criação da Região Metropolitana de Belém (Figura 4), é vista como uma estratégia na integração do desenvolvimento e do território nacional. A partir disso, o autor traz as seguintes considerações:

[...] partia-se da premissa de que o conjunto hierarquizado de cidades, funcionalmente interdependentes, representava um recurso básico para atender à realização de metas comuns e a princípios de equilíbrio do sistema. A criação de áreas metropolitanas, prioritárias para a execução de políticas de desenvolvimento urbano, sob controle federal, estava associada a um conjunto de diretrizes que apontavam as grandes cidades como focos principais da manutenção do regime político (SANTOS, 2015, p. 178-179).



Fonte: IBGE (2020)

Segundo Veloso (2015), a tendência de expansão institucional no espaço metropolitano de Belém, tendo reflexos na composição da RMB, foi analisada por Trindade Júnior (1998), Cavalcante (2010) e Alves (2011), em virtude de que, desde a década de 1980, observa-se uma tendência ao crescimento dos municípios periféricos das regiões metropolitanas brasileiras, o que evidencia a configuração de uma forma metropolitana que não é, necessariamente, marcada pela conurbação e pela contiguidade do tecido urbano. Tal processo pressupõe a existência de uma população metropolitana que se desloca diariamente em direção ao local de trabalho e aos espaços de consumo de bens e serviços.

Nesse sentido, há uma mobilidade quase que diária da população entre os municípios metropolitanos, sobretudo entre a periferia e a área central da metrópole, decorrente da expansão urbana que configura, cada vez mais, novos e precários espaços de assentamentos na periferia distante.

Conforme Veloso (2015), na Região Metropolitana de Belém, os objetivos de integração das políticas de planejamento e gestão esbarram, primeiro, no desmantelamento da estrutura institucional construída no período de relação simétrica. A substituição lançada pela mudança na condução da política urbana não alcançou níveis de integração, em virtude da dificuldade de estabelecimento de cooperações com base em compartilhamento de responsabilidades e financiamento, por parte da esfera estadual e das várias administrações municipais que compõem a RMB.

A existência de disputas políticas, ao longo das últimas duas décadas, entre grupos e partidos, que se alternaram no comando do executivo estadual e também nos executivos municipais, colaborou ainda mais para a baixa eficiência e eficácia das políticas.

A densidade demográfica bruta da RMB apresentou aumento em todos os municípios no último decênio. Além de Ananindeua, com densidade de 2056,3 hab./Km<sup>2</sup> Belém apresentou a segunda maior densidade do período com 1.307,99 habitantes/km<sup>2</sup>. É importante destacar que a densidade mais baixa de Belém, em relação à Ananindeua, deve-se ao fato de que a área total do município inclui a porção insular, com baixa densidade demográfica, o que diminui a densidade total.

O município de Marituba, ao longo desses dois últimos Censos, vem apresentando altos índices de urbanização e uma tendência de conurbação mais evidente em relação ao município de Ananindeua, o que deve intensificar o processo de conurbação da malha urbana entre os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba e Benevides. Cabe, ainda, destacar que a área territorial da RMB sofreu alterações, uma vez que houve uma revisão dos limites municipais entre Belém e Ananindeua durante a década de 1990, bem como a progressiva inclusão de

novos municípios, o que influenciou os resultados do cálculo de densidade para os municípios da Região Metropolitana de Belém (IPEA, 2015).

Entendemos que o processo de metropolização apresenta características tais como a expansão e a redefinição de novos núcleos, a seletividade residencial e o crescimento explosivo da periferia. Dessa forma, temos uma nova estruturação do espaço intrametropolitano, que vem a ser o espaço no qual se estruturam as áreas comerciais e de serviços e é onde se intensificam as interações entre o social e o espacial, pela relação entre produção, circulação e consumo (SANTOS, 1994)

A necessidade de integração das ações de planejamento e gestão entre municípios vizinhos, pode ser verificada quando há contiguidade das malhas urbanas, mas também quando a influência da metrópole sobre os municípios adjacentes gera problemas e demandas comuns por serviços cujas soluções precisam ser de forma compartilhada.

Na década de 1970, o Brasil já apresentava fenômenos de metropolização e de formação de áreas metropolitanas em diversas porções de seu território. Com base no art. 164 da Constituição Federal de 1967 (BRASIL, 1967) e por meio da Lei Complementar nº 14, de 8 de junho de 1973 (BRASIL, 1973) foram instituídas as primeiras regiões metropolitanas brasileiras: São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza.

A composição numérica dessas RM revela uma parte da manifestação heterogênea do fenômeno metropolitano no Brasil. Enquanto a RM de São Paulo, a maior, possuía 37 municípios, a RM de Belém, a menor, era composta por apenas 2: Belém e Ananindeua. Tendo como premissa a necessidade de realização de serviços comuns a municípios que constituem uma mesma comunidade socioeconômica, tanto que a Lei Complementar nº 14 de 1973 (BRASIL, 1973) previu a criação de conselhos consultivo e deliberativo em cada RM, definindo suas respectivas composições e competências (art. 2º a 4º).

Como competências metropolitanas, a referida Lei definiu a elaboração de planos regionais integrados e a adoção de providências relativas à execução dos seguintes serviços comuns, os quais foram elencados no art. 5º:

- I - planejamento integrado do desenvolvimento econômico e social;
- II - saneamento básico, notadamente abastecimento de água e rede de esgotos e serviço de limpeza pública;
- III - uso do solo metropolitano;
- IV - transportes e sistema viário,
- V - produção e distribuição de gás combustível canalizado;
- VI - aproveitamento dos recursos hídricos e controle da poluição ambiental, na forma que dispuser a lei federal;
- VII - outros serviços incluídos na área de competência do Conselho Deliberativo por lei federal. (BRASIL, 1973, p. 35).

Os instrumentos de cooperação deveriam ser acordados entre os municípios, conforme o artigo 2º da Lei Complementar nº 14 (1973):

[...] unificação da execução dos serviços comuns efetuar-se-á quer pela concessão do serviço a entidade estadual, quer pela constituição de empresa de âmbito metropolitano, quer mediante outros processos que, através de convênio, venham a ser estabelecidos (BRASIL, 1973, p 40)

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a responsabilidade de criação de região metropolitana foi transferida para os estados. Manteve-se a necessidade de serviços em comum, agora chamados de funções públicas de interesse comum (FPIC), como a justificativa principal para criação das RM.

A Constituição do Estado do Pará (PARÁ, 1989) reafirmou a competência do estado para instituir Regiões Metropolitanas no artigo 50, que trata da organização regional, estabelecendo, no inciso IV, a necessidade de integração do planejamento e da execução das FPIC das RM paraenses. Sete anos após a promulgação da Constituição do Estado do Pará foi aprovada a Lei Complementar Estadual nº 27 (PARÁ, 1995), que ampliou a RMB, passando a integrá-la, também, os municípios de Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará; os dois últimos desmembrados de Benevides, respectivamente, em 1994 e em 1991. O município de Castanhal, contudo, foi anexado à RM de Belém no final do ano de 2011, por meio de lei estadual nº 076/2011 (PARÁ, 2011) aprovada na Assembleia Legislativa do estado do Pará.

As desigualdades sociais, no Pará, têm se acentuado cada vez mais e, segundo Trindade Jr. (2000), são resultado das intensas modificações na estrutura social do estado. Conforme o autor, isso demonstra que, com a expansão dos grandes projetos, após a década de 1970, há um fortalecimento do cenário econômico do Pará, aumentando a concentração de população de baixa renda na Grande Belém, uma vez que a maior parte das cidades não recebeu investimentos que viabilizaram a distribuição do capital na região. Os limites dos municípios, que integram a RMB, fazem parte de um indício de processos políticos e econômicos que definem a formação de novas municipalidades, utilizadas de forma estratégica e que reforçam, além do papel político nas cidades, o favorecimento da área *core* da região metropolitana, que se destaca não somente como atrativo econômico, mas também como centro hierárquico superior, diante das relações estabelecidas com o seu entorno.

A governança interfederativa foi uma das mais importantes inovações apresentadas pelo Estatuto da Metrópole (BRASIL, 2015). De acordo com o art. 2º, inciso IV dessa lei, governança interfederativa é o “[...] compartilhamento de responsabilidades e ações entre entes

da federação em termos de organização, planejamento e execução de funções públicas de interesse comum” (BRASIL, 2015.). Logo, todos os entes da federação – União, estados e municípios – envolvidos em uma determinada região metropolitana ou aglomeração urbana deverão participar ou mesmo compartilhar responsabilidades em relação à organização, ao planejamento e à própria execução das funções públicas de interesse comum.

Imbuído desse intuito, o legislador apresentou uma norma jurídica rica em instrumentos de desenvolvimento urbano integrado, os quais, devidamente aplicados, poderão contribuir para o incremento e o planejamento de políticas públicas de interesse comum.

Em que pesem os preciosos instrumentos colacionados no Estatuto da MetrÓpole (BRASIL, 2015), entende-se que seja um enorme desafio, tanto para os estados quanto para os municípios, a implementação efetiva de regiões metropolitanas ou aglomerações urbanas nos moldes pretendidos pelo legislador. As diversas dificuldades, principalmente a superação de um individualismo federativo endêmico vivenciado na política brasileira, deverão ser superadas com novas formas de se governar, especialmente por meio da governança interfederativa.

O PLC no 003/2009 (IPEA, 2015) também contempla a criação do Fundo de Desenvolvimento Metropolitano (FDM), com recursos em torno de 1% da cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPE), que seria repassado a esses municípios, 1% da arrecadação do ICMS, mais 2% do total arrecadado pelo estado sobre o IPVA, além de orçamentos da União, estado e municípios envolvidos na questão metropolitana, mas, infelizmente, não foi incorporado à lei aprovada.

Uma questão colocada a partir da atual configuração dos sete municípios na RMB de Belém é a da efetividade destas medidas políticas e jurídicas diante do fenômeno metropolitano concreto em suas repercussões usuais, como a gestão de resíduos sólidos, de transportes públicos, de saúde e educação e de emprego e renda.

Olhando o cenário da RMB, verificamos que as políticas públicas são isoladas por município. Este fato dificulta a integração de uma estratégia mais ampla de atuação das políticas urbanas, que contemple toda ela. Essa característica da RMB pode ser justificada pelo fato de o processo de urbanização do território ter ocorrido de forma diferenciada nesta área. A desarticulação das políticas urbanas em municípios metropolitanos não é novidade no Brasil, mas a formação da RMB é, historicamente, uma sucessão de divisões territoriais e de criação de novos espaços periféricos e pobres.

### 3.2 O PERFIL DOS MUNICÍPIOS: QUADRO DA SAÚDE POR UNIDADE ADMINISTRATIVA

Nesse tópico, pretende-se elucidar acerca da relação entre o tamanho da população com o tipo e a quantidade de equipamentos existentes, definindo um índice<sup>2</sup> para essa relação, de forma a demonstrar quais municípios estão mais bem equipados e quais os mais deficientes em termos de infraestrutura. Os equipamentos selecionados são todos públicos disponibilizados na plataforma do PROADESS. Estes equipamentos foram selecionados em virtude de serem os únicos disponibilizados pela plataforma para medir a eficiência de cada município. A importância deles para a análise se justifica em decorrência de serem parâmetros de comparação para que possamos discorrer quais os municípios mais bem equipados. Portanto, seguem as análises de alguns desses equipamentos a título de exemplo.

Tabela 2 – RMB: índice de equipamentos de mamógrafos por municípios (2009-2019)

Ano	Ananindeua	Belém	Benevides	Castanhal	Marituba	Santa Bárbara do Pará	Santa Izabel do Pará
2009	0,9	2,1	0	1,2	0,9	0	0
2010	1,1	2,5	0	1,1	0,9	0	0
2011	1,5	2,6	0	1,1	0,9	0	0
2012	1,2	2,9	0	1,7	0,9	0	0
2013	1,6	2,9	0	1,6	2,6	0	0
2014	1,8	3,1	0	1,6	2,5	0	1,5
2015	1,8	3,2	0	1,6	2,5	0	1,5
2016	2	3,5	0	2,1	2,4	0	1,5
2017	1,9	3,7	0	3,1	3,1	0	1,5
2018	2,1	4,0	1,6	3	3,1	0	1,4
2019	2,5	4,2	1,6	3	3	0	1,4

Fonte: PROADESS (2022)

De acordo com esta tabela, observou-se que o município de Santa Bárbara não disponibilizou esse tipo de equipamento no período analisado, enquanto os outros municípios tiveram alterações nos quantitativos. O índice foi obtido através da plataforma do PROADSS. Em termos de comportamento do quantitativo, observamos que Santa Izabel do Pará só passou a receber equipamentos de mamógrafos a partir de 2014. Em relação a Benevides, percebe-se que até o ano de 2017 não havia equipamentos para que o município pudesse atender à população. Em relação a Marituba, percebe-se que o município se enquadra com um

progressivo aumento de equipamentos de mamógrafos, diferentemente de Ananindeua que não obteve um aumento tão considerável quanto poderia. Leva-se a crer uma possível alteração de gestão como fator motivo para tal comportamento, assim como Castanhal que também teve um bom progresso.

De acordo com Amaral *et al.* (2017), ainda existe muita desigualdade no Brasil na distribuição de equipamentos de mamografia. No SUS a oferta média nacional de mamógrafos é de 1,3 aparelho por 100 mil habitantes. No nível nacional, encontra-se em uso no Brasil uma quantidade de mamógrafos suficiente para o atendimento total da população, considerando os parâmetros propostos para disponibilização destes equipamentos no âmbito do Projeto de Revisão dos Parâmetros de Programação das Ações de Atenção à Saúde. A quantidade de mamógrafos convencional disponível para o SUS em dezembro de 2012 era de 4431 máquinas, o que seria suficiente para a realização de 29.944.698 exames/ano, considerando a capacidade de 6758 exames por aparelho ao ano.

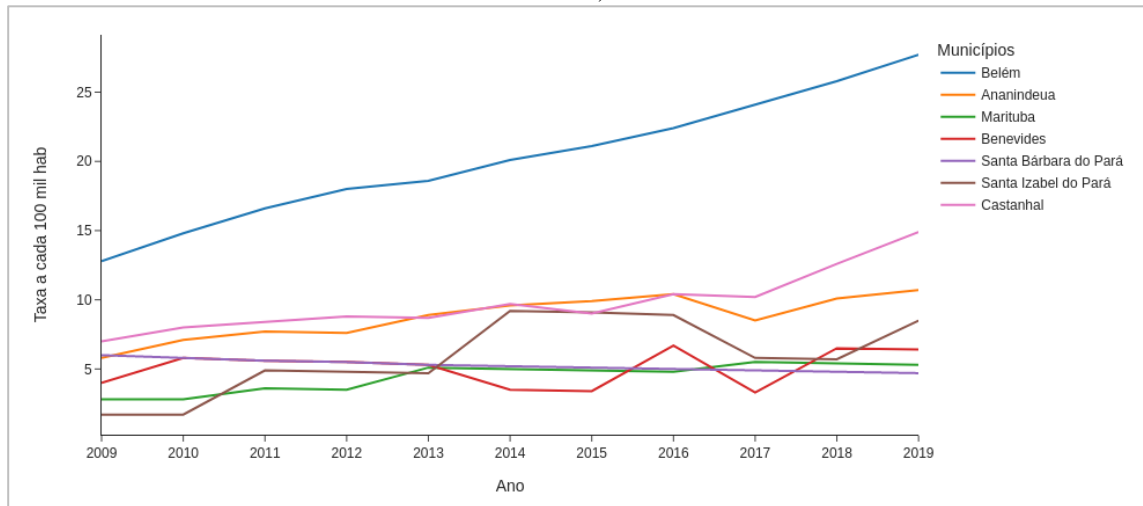
Esse montante de exames é superior à demanda estimada de mamografias ao ano, cerca de 8.844.625, que leva em consideração a necessidade da população feminina alvo. Entretanto, apesar da existência de um número satisfatório de mamógrafos em nível nacional, estes equipamentos encontram-se mal distribuídos pelo país, conforme será discutido ao longo deste estudo, a exemplo do que acontece também no âmbito da RMB.

Segundo o relatório anual sobre câncer de mama, divulgado em setembro pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, com taxas mais altas nas regiões Sul e Sudeste. Para o ano de 2022 foram estimados 66.280 casos novos, o que representa uma taxa ajustada de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres.

Quando se impõe um limite máximo de distância de cobertura e a capacidade de cada equipamento bem acima, a população de diversos municípios encontra-se completamente descoberta, enquanto outros municípios apresentam quantidade do equipamento em excesso do ponto de vista relativo. Ao se considerar o limite máximo de 60 km de distância entre município de residência e município de localização mais próxima do equipamento de mamografia em uso disponível, tem-se que o total da população sem acesso ao equipamento passa de 47,5% para 48,6%; um aumento que representa mais de 2 milhões de pessoas.



Gráfico 1 – RMB: número de equipamentos de ultrassonografia em 100 mil habitantes por município (2009-2019)



Fonte: PROADESS (2022)

Tabela 3 – RMB: número de equipamentos de ultrassonografia em 100 mil habitantes por município (2009-2019)

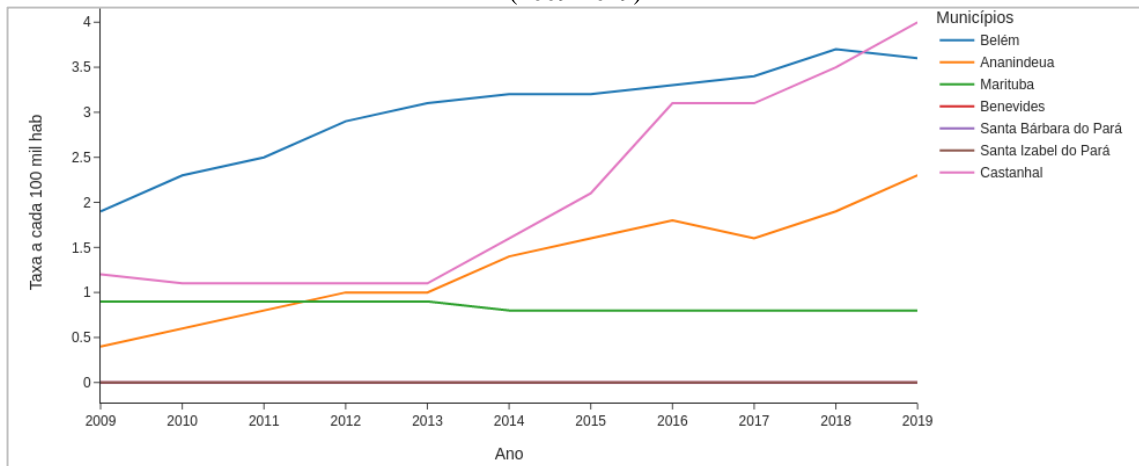
Ano	Ananindeua	Belém	Benevides	Castanhal	Marituba	Santa Bárbara do Pará	Santa Izabel do Pará
2009	5,8	12,8	4	7	2,8	6	1,7
2010	7,1	14,8	5,8	8	2,8	5,8	1,7
2011	7,7	16,6	5,6	8,4	3,6	5,6	4,9
2012	7,6	18	5,5	8,8	3,5	5,5	4,8
2013	8,9	18,6	5,3	8,7	5,1	5,3	4,7
2014	9,6	20,1	3,5	9,7	5	5,2	9,2
2015	9,9	21,1	3,4	9	4,9	5,1	9,1
2016	10,4	22,4	6,7	10,4	4,8	5	8,9
2017	8,5	24,1	3,3	10,2	5,5	4,9	5,8
2018	10,1	25,8	6,5	12,6	5,4	4,8	5,7
2019	10,7	27,7	6,4	14,9	5,3	4,7	8,5

Fonte: PROADESS (2022).

De acordo com a Tabela 3 e o Gráfico 2, observa-se que os municípios de Benevides, Marituba e Santa Bárbara apresentam números menores de equipamentos de ultrassonografia. O número de aparelhos recomendado na região Norte é de 7 equipamentos por 100 mil habitantes. A eficácia dos programas de saúde pública depende, visivelmente, de uma boa

gestão territorial. Tal gestão, de acordo com Santos (1998b), deve garantir o acesso aos bens e serviços básicos para uma boa qualidade de vida. Os demais municípios, embora não apresentem constância de nos valores, se comportaram com evolução adequada para o total de equipamentos atingido no ano de 2019.

Gráfico 2 – RMB: Número de equipamentos de ressonância magnética em 100 mil habitantes por município (2009-2019)



Fonte: PROADESS (2022).

Tabela 4 – Número de equipamentos de ressonância magnética em 100 mil habitantes por município (2009-2019)

Ano	Ananindeua	Belém	Benevides	Castanhal	Marituba	Santa Bárbara do Pará	Santa Izabel do Pará
2009	0,21	0,93	0	0	0	0	0
2010	0,21	1,14	0	0,57	0	0	0
2011	0,21	1,13	0	0,56	0	0	0
2012	0,20	1,34	0	0,55	0	0	0
2013	0,20	1,47	0	0,54	0	0	0
2014	0,20	1,47	0	0,54	0	0	0
2015	0,20	1,60	0	1,06	0	0	0
2016	0,39	1,80	0	1,56	0	0	0
2017	0,39	2,00	0	1,54	0	0	0
2018	0,76	2,29	0	2,02	0	0	0
2019	0,94	2,61	0	2,49	0	0	0

Fonte: PROADESS (2022)

Observa-se que os municípios de Benevides, Marituba, Santa Bárbara do Pará e Santa Izabel do Pará, não contêm os aparelhos, o que impossibilita, para a população, o acesso em seu próprio município. A linha de Santa Bárbara está sobreposta a linha de Santa Izabel no gráfico. Em relação aos demais municípios, encontra-se o número abaixo do que é esperado se

comparado com a região sudeste. Na região norte e nordeste há uma deficiência neste tipo de equipamento e sua distribuição.

Ademais, a incorporação de novas tecnologias nem sempre se dá com a certeza de seus benefícios para os pacientes (NOVAES; NOVAES, 1994; TRINDADE, 2013), mas elas se impõem porque portam promessas de uma saúde melhor para as populações. Se, por um lado, esses objetos médicos modernos se estabelecem com a promessa de fornecer mais saúde, por outro lado, não estão ao alcance de todos os cidadãos, uma vez que, como veremos, distribuem-se desigualmente no território. Cobertura e acessos diferenciais, em função da difusão desigual dos objetos e ações em saúde no território brasileiro, tendem a comprometer o ideal de cidadania e, em particular, o ideal de “saúde para todos”, como preconizado pelo SUS.

A análise da geografia dos equipamentos de imagem-diagnóstico possibilita considerar a saúde um problema de cidadania. Lembra Milton Santos (2007) que, para compreender integralmente a cidadania, é necessário compreender como se dão a disseminação e o uso dos direitos no território. Para promover a cidadania, portanto, é preciso planejar as políticas públicas territorialmente.

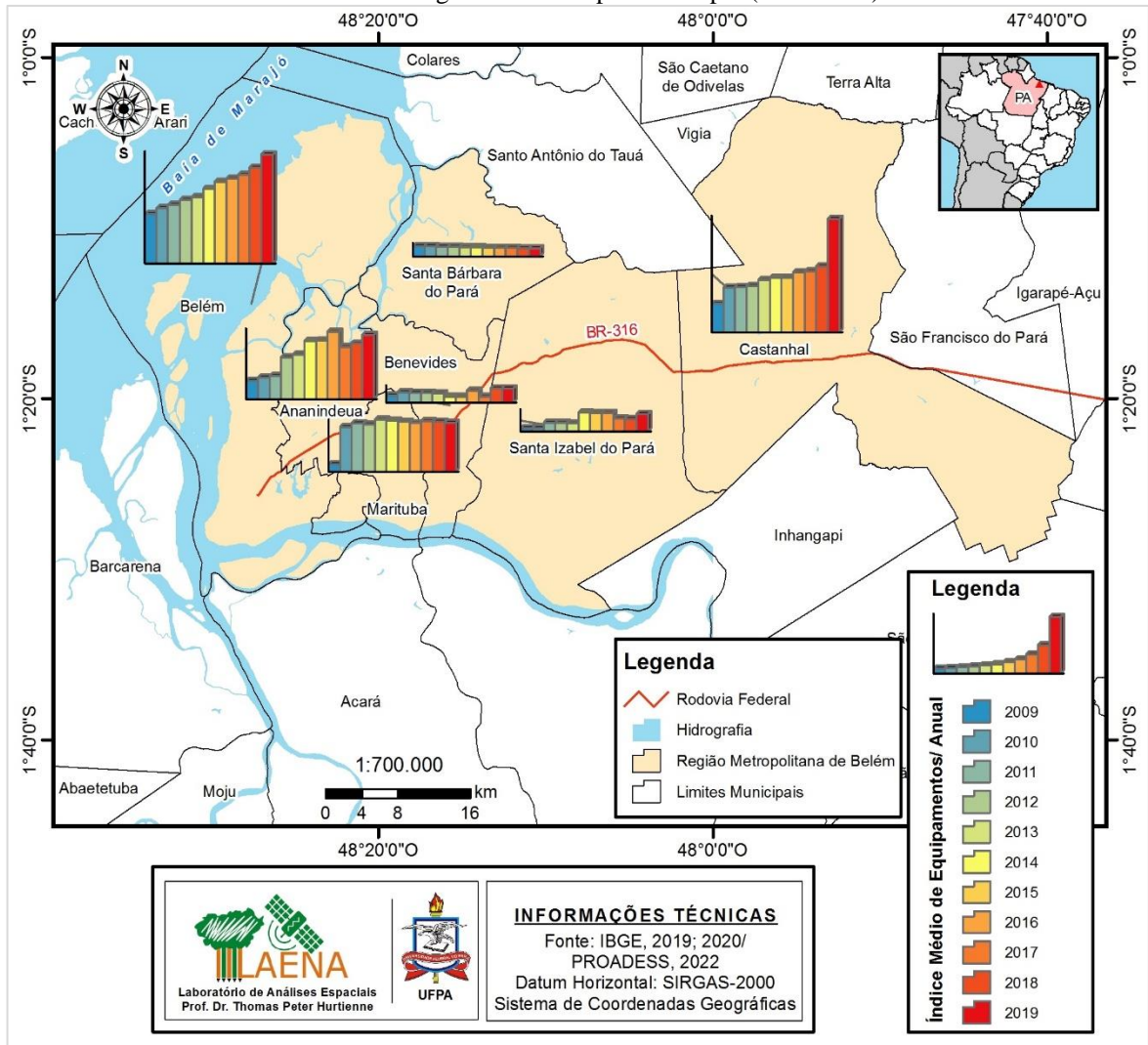
Tabela 5 – Número de equipamentos de diálise em 100 mil habitantes por município (2009-2019)

Ano	Ananindeua	Belém	Benevides	Castanhal	Marituba	Santa Bárbara do Pará	Santa Izabel do Pará
2009	3,4	10,6	0	7	0	0	0
2010	3,4	10,9	0	14,9	21,1	0	0
2011	3,3]	10,8	0	14,6	22,3	0	0
2012	13,9	11,1	0	14,4	21,8	0	0
2013	13,8	11,8	0	17,9	21,3	0	0
2014	20,3	14,6	0	17,7	20,9	0	0
2015	20,1	17,4	0	17,5	20,4	0	0
2016	24,1	17,4	0	17,1	19,9	0	0
2017	17,4	17,3	0	16,9	19,6	0	0
2018	17,1	18,8	0	16,6	19,3	0	0
2019	20,2	23,9	0	40,3	19	0	0

Fonte: PROADESS (2022)

Com base nos dados, destacamos que os municípios de Santa Izabel, de Benevides e de Santa Bárbara se configuram como os mais precários, em termos de equipamentos, pois apresentam o quantitativo zero. Segundo o Ministério da Saúde, o parâmetro para cálculo da necessidade de máquinas para diálise, variando segundo o tipo de máquina e os turnos de funcionamento, é entre 1 e 2 equipamentos por 30.000 habitantes, o que significaria um número entre 3,3 e 6,7 por 100 mil habitantes. A taxa nacional de equipamentos de hemodiálise foi de 9,8 equipamentos por 100 mil habitantes em 2009, o que estaria dentro do aceitável, no entanto, as variações regionais são marcantes: as regiões Sul (10,8/100.000 habitantes), Sudeste (12/100.000) e Centro-Oeste (9,9/100,000) apresentaram valores acima da média nacional e do recomendado. Na Região Nordeste, a taxa foi de 7,6 por 100 mil habitantes e, na Região Norte, de 3,8 por 100 mil habitantes. Dessa forma, o restante dos municípios da RMB se enquadra nos parâmetros.

Figura 5 – RMB: índice médio de equipamentos - ultrassonografia, diálise, mamógrafos, tomógrafos, ressonância magnética - totais por município (2009-2019)



Fonte: PROADESS (2022)

Tabela 6 – Índice<sup>3</sup> médio de equipamentos, com base nos principais equipamentos

	<b>Belém</b>	<b>Ananindeua</b>	<b>Marituba</b>	<b>Santa Bárbara do Pará</b>	<b>Santa Izabel do Pará</b>	<b>Benevides</b>	<b>Castanhal</b>	<b>Ano</b>
0	5,666	2,142	0,92	0,8	1,2	0,34	3,28	2009
1	6,328	2,482	5,14	1,16	1,16	0,34	5,134	2010
2	6,726	2,702	5,54	1,12	1,12	0,98	5,152	2011
3	7,248	4,78	5,42	1,1	1,1	0,96	5,31	2012
4	7,574	5,1	5,98	1,06	1,06	0,94	5,968	2013
5	8,494	6,66	5,84	0,7	1,04	2,14	6,228	2014
6	9,3	6,72	5,72	0,68	1,02	2,12	6,252	2015
7	9,68	7,738	5,58	1,34	1	2,08	6,852	2016
8	10,1	5,958	5,8	0,66	0,98	1,46	6,968	2017
9	10,918	6,392	5,72	1,62	0,96	1,42	7,544	2018

Fonte: PROADESS (2022)

Conforme a Figura 5 e a Tabela 6, a metodologia utilizada para verificar o índice médio de equipamentos disponíveis atestou que os municípios de Marituba, de Ananindeua, de Castanhal e de Belém têm números mais expressivos de equipamentos totais. O somatório dos principais equipamentos (ressonância magnética, ultrassonografia, diálise, mamografia, tomografia computadorizada) para cada 100 mil habitantes, segmentado por municípios. Dessa maneira, é possível concluir a discrepância em termos de equipamentos, se compararmos aqueles municípios com Santa Izabel, Santa Bárbara e Benevides.

Um aumento no número de equipamentos em Santa Izabel, seria uma alternativa para que pelo menos fosse possível dar conta das demandas dos municípios próximos, como Benevides e Santa Bárbara, fazendo com que a população não precisasse se deslocar tanto. E ainda, quando observados os índices de gastos em reais desses municípios que possuem pouco equipamentos, não é possível encontrar uma coerência, uma vez que estes gastos deveriam ser empregados também nesses equipamentos.

Dessa forma, observa-se a diferenciação entre os municípios, em termos de fornecimento de equipamentos para a população. A qualidade de vida corresponderia “(...) à crescente satisfação das necessidades — tanto básicas quanto não básicas, tanto materiais quanto imateriais — de uma parcela cada vez maior da população”, e a justiça social

<sup>3</sup> Descrição para obtenção do índice para os equipamentos totais:

- Definição: número de equipamentos em uso, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Interpretação: 1 - Indica a relação entre a oferta de equipamentos e a população residente na mesma área geográfica; 2 - Permite identificar a concentração de equipamentos de ressonância magnética em uso, segundo a área geográfica.
- Método de Cálculo: Numerador = número total de equipamentos em uso (em serviços públicos ou privados) x 100.000. Denominador = população total residente.

evidenciaria nossa capacidade de “(...) conciliar poderosamente o respeito à alteridade com a exigência de igualdade” (SOUZA, 2002, p. 64).

Isso só é possível, segundo o autor, se repensarmos as concepções de autonomias individual e coletiva, pois estas concepções teriam um papel importante a cumprir numa sociedade que visa à democracia como sistema político não apenas formal. A autonomia individual só é possível se o indivíduo for capaz de estabelecer metas para si próprio de forma lúcida e na medida em que for capaz de refletir criticamente sobre informações de que dispõe em fontes confiáveis, enquanto a autonomia coletiva “(...) depende não só de instituições sociais capazes de garantir justiça, liberdade e possibilidade de pensamento crítico (...), mas também a constante formação de indivíduos lúcidos e críticos, dispostos a encarnar e a defender essas instituições” (SOUZA, 2002, p. 64-65).

As desigualdades socioterritoriais presentes nos municípios da RMB fazem parte dos obstáculos estruturais enfrentados pelo SUS, principalmente com respeito à rede assistencial da atenção básica (AB), que constitui a cobertura e a difusão assistencial mais amplas destes municípios. Assim, faz-se necessária uma melhor compreensão da estrutura assistencial dos serviços de AB presentes na área de estudo, particularmente nos espaços de vulnerabilidade social.

O processo de distribuição dos serviços e dos equipamentos de saúde instituído pelo Ministério da Saúde destina recursos da saúde em razão da demanda populacional das cidades brasileiras. Assim, os equipamentos de alta complexidade foram implantados nos grandes aglomerados urbanos, ou seja, nas capitais dos estados, consideradas como pontos estratégicos. Os equipamentos de média complexidade, por seu turno, foram instalados nos centros regionais ou nas cidades médias, que são referências no atendimento à população dos municípios menores, consolidando, assim, a hierarquia urbana dos serviços de saúde do país.

Nessa concepção, entende-se que a rede de saúde do Pará foi constituída, de acordo com a hierarquia urbana do estado, em que a capital exerce uma função central na disposição dos serviços de saúde de alta complexidade para a Região Metropolitana e para outros municípios, ao passo que as cidades médias dispõem serviços de média complexidade para os municípios mais próximos e menos equipados, os quais, por sua vez, dispõem apenas dos serviços de atenção básica.

Por conseguinte, a AB se constitui serviço de porta de entrada, por representar o primeiro contato com o sistema de triagem dos usuários por níveis de complexidade, que podem alcançar degraus mais altos em casos de agravamento ou de acompanhamento rotineiro de saúde. A AB cumpre o papel de base no ordenamento da integralidade do sistema público de

saúde, pela sua função estratégica na rede de atenção. No entanto, o cumprimento do propósito da atenção primária depende da alta resolutividade e das possibilidades de ofertar cuidados e tecnologias e de facilitar a articulação do atendimento de baixa complexidade a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), até março de 2021, os municípios da RMB possuíam um total de 248 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 78 estavam localizadas na cidade de Belém, 60 em Ananindeua, 42 em Castanhal, 27 em Santa Izabel do Pará, 18 em Marituba, 17 em Benevides e 6 em Santa Barbará do Pará (Tabela 7).

Tabela 7 – RMB: Unidades básicas de saúde por município 2021

<b>Municípios</b>	<b>Unidade Básica de Saúde</b>	<b>População</b>	<b>População/Número de equipamentos</b>
Belém	78	1.392,03	17,84
Ananindeua	60	471.744	7,86
Castanhal	42	203.251	4,83
Santa Izabel	27	71.837	2,66
Marituba	18	108.251	6,13
Benevides	17	51.663	3,39
Santa Bárbara	6	17.154	2,80

Fonte: Brasil (2021)

Para grandes áreas urbanas, recomenda-se a existência de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, garantindo os princípios e as diretrizes da atenção básica. Sendo assim, chega-se à conclusão de que o município de Belém não consegue atender ao número de UBS recomendado pelo Ministério da Saúde, uma vez que suas 78 UBS abarcariam o quantitativo de 936 mil pessoas, mas Belém conta com uma população bastante superior. Nos demais municípios, o número de UBS atende à recomendação necessária, relativamente aos quantitativos populacionais.

As UBS são vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), com um total de 329 equipes de saúde da família (ESF) distribuídas entre os municípios da RMB. Conforme a Tabela 7, o maior número de equipes está no município de Ananindeua (116) e, na sequência, encontra-se Belém (94), Castanhal (49), Benevides (24), Marituba (22), Santa Izabel do Pará (18) e Santa Barbará do Pará (seis). Ananindeua foi considerado o município com o maior número de agentes comunitários de saúde (ACS), contando com 725 profissionais, seguido de Belém



(549), de Castanhal (349), de Santa Izabel do Pará (139), de Benevides (132), de Marituba (115) e de Santa Bárbara do Pará (47) (BRASIL, 2021).

Tabela 8 – RMB: número de equipes de saúde por município (2021)

<b>Município</b>	<b>Equipes de saúde</b>	<b>População</b>	<b>População/Número de equipes</b>
Belém	94	1.392,03	14,80
Ananindeua	116	471.744	4,66
Castanhal	349	203.251	582,38
Benevides	132	51.663	391,30
Marituba	115	108.251	7,21
Santa Izabel	139	71.837	516,00
Santa Bárbara	47	17.154	365,00

Fonte: Brasil (2021)

A população máxima de atendimento em grandes centros é de uma UBS para cada 12.000 habitantes e, segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Dividindo o número da população por UBS, teríamos o quantitativo de 19 mil pessoas por UBS, não atendendo ao dispositivo mencionado anteriormente. Belém seria o único município que não estaria atentando ao parâmetro em questão, uma vez que as 94 equipes de saúde da cidade deveriam ser responsáveis por atender a 376 mil pessoas e a população de Belém é muito superior. No caso do restante dos municípios, as equipes estariam trabalhando de forma adequada, considerando o cálculo do número da população dividido pelo número de UBS.

Nesse sentido, Werck, Heyndels e Geys (2008) verificaram que, ao se considerar o tamanho dos municípios, é possível observar uma assimetria dos gastos dos menores, em relação aos maiores, o que também indica um efeito vertical não modelado. No referido trabalho, os municípios menores apresentaram uma interdependência positiva, em relação aos municípios menores, e negativa, em relação aos grandes centros. A explicação para esta existência de dois padrões, dentro da mesma esfera, encontra suporte na teoria dos lugares centrais.

A origem desta teoria é atribuída aos trabalhos de Christaller (1966) e de Lösch (1954), que propuseram um modelo de oferta de bens e de serviços para uma demanda distribuída espacialmente. Segundo esta teoria, dados os custos elevados de determinados empreendimentos, sua viabilidade somente é possível se houver um número mínimo de usuários

(WERCK; HEYNDELS; GEYS, 2008). Dessa forma, se o número mínimo de usuários que viabiliza o serviço for maior do que a população de uma cidade, torna-se economicamente inviável a manutenção de determinado empreendimento. Isso implica que cidades com populações pequenas podem não ter determinados serviços e necessitem recorrer aos seus vizinhos.

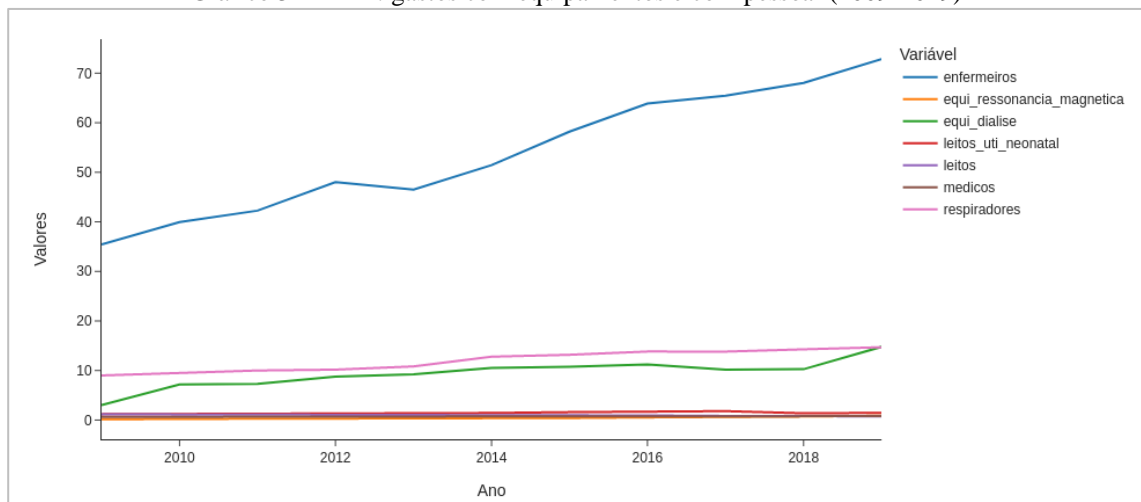
Os impactos da ESF na situação de saúde da população resultaram da ampliação da cobertura e do acesso aos serviços de APS, incluindo consultas médicas e de enfermagem, atividades educativas, visitas domiciliares, cuidados de pessoas com condições crônicas, atenção pré-natal e imunização. Os efeitos positivos sobre a saúde foram mais significativos em municípios com maiores coberturas de ESF.

## 4 OS RECURSOS DE SAÚDE E SUA DESTINAÇÃO NOS MUNICÍPIOS DA RMB

### 4.1 OS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE NA RMB NO PERÍODO DE 2009 A 2019: UM QUADRO GERAL

Neste momento, será tratada a ligação entre recursos de saúde e sua destinação, dentro da RMB. Pretendeu-se elucidar tal questão a partir da relação de parâmetros disponibilizados pelo PROADESS sobre os principais itens estabelecidos como critérios de equipamentos e de pessoal (Gráfico 5). A plataforma disponibiliza somente alguns itens, que servem de suporte para indicar uma parte dos gastos.

Gráfico 3 – RMB: gastos com equipamentos e com pessoal (2009-2019)



Fonte: PROADESS (2022)

Nesse gráfico, observa-se que, durante o período de 2009 a 2019, houve aumento dos investimentos com enfermeiros, gerando maior impacto nos gastos em saúde na RMB. O gráfico também evidencia que os gastos com equipamentos de ressonância magnética, de diálise e de respiração, com leitos comuns e de UTI neonatal e com médicos se mantiveram sem grandes alterações. Quanto a estes dados, percebe-se uma diferença vertiginosa entre os gastos com enfermeiros e com médicos na Região Metropolitana de Belém, o que alerta para a necessidade de que haja mais investimentos para a contratação destes profissionais, bem como para o fato de que deveria haver uma maior atenção à compra de equipamentos. Do mesmo modo, o progressivo aumento nos gastos com saúde na região de Belém deveria legar melhores resultados aos números da saúde pública local, ainda que esta análise tenha se limitado a estes sete itens.

Por outro lado, pode-se questionar se está havendo uma equidade nos serviços de saúde. Mais recentemente, Starfield (2001) discute o conceito de equidade em saúde:

[...] equidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Equidade nos serviços de saúde implica que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (equidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (equidade vertical). (STARFIELD, 2001, p. 53)

Deve-se levar em consideração que a distribuição de compras e de gastos com saúde deve obedecer a um ordenamento igual de gastos. Em suma, para a autora, a equidade no cuidado com a saúde se define, enquanto igualdade de acesso para iguais necessidades, uso igual dos serviços para necessidades iguais e igual qualidade de atenção para todos. Quando se leva em consideração que alguns gastos estiveram constantes e outros sofreram mudanças significativas, pode-se supor que não houve equidade.

A tridimensionalidade federativa tem deixado a desejar, dado o baixo desenvolvimento socioeconômico dos entes, que, apartados, não conseguem lograr efeito na garantia dos serviços públicos que estão a seu encargo e enfrentam dificuldades por não casarem encargos com recursos financeiros e desenvolvimento compatível com a autonomia constitucional do ente municipal. E a saúde, nesse cenário, terá dificuldades acentuadas, em relação às crescentes obrigações, as quais não são acompanhadas dos recursos financeiros necessários. Contudo, não podemos deixar de perceber como admirável o esforço dos municípios na assunção de seus papéis de prover políticas de saúde, ainda mais quando se sabe que a descentralização federativa não foi acompanhada das inúmeras tarefas intersetoriais nacionais para o seu melhor desenvolvimento.

Tendo como base a análise da distribuição de gastos com equipamento e com pessoal, nota-se que não há uma estruturação eficiente de investimentos, uma vez que boa parte dos elementos enfocados neste trabalho experimentou uma constância em seus níveis de investimento ao longo dos anos, o que não se espera quando há um planejamento adequado, pois os gastos com leitos, com médicos e com equipamentos de ressonância deveriam ser ascendentes, ocorrendo o mesmo com respiradores e com equipamentos de diálise. Nesse sentido, podemos destacar que os municípios da RMB não atendem aos critérios saudáveis em termos de planejamento.

Para que haja municípios saudáveis, é preciso planejá-los regularmente. Não haverá realidades saudáveis a partir de ações pontuais e de intenções que não acompanhem um processo de planejamento sólido e de ações coordenadas. Porém, como já apresentado no texto, o planejamento não deve seguir a velha lógica modernista, que desconsidera a construção histórica e social do espaço urbano. Ao contrário, o planejamento deve ser democrático, comprometido com a saúde e a justiça social, ou seja, um planejamento das/para as pessoas, na lógica da governança intersetorial e com participação social, o que remete ao PES, metodologia para a gestão governamental criada por Carlos Matus (TEIXEIRA, 1995).

Percebe-se que no período de trabalho analisado, as secretarias dos municípios da RMB se organizaram através de setores, não permitindo a integração dos mesmos para que pudesse haver uma distribuição igualitária de equipamentos e conseqüentemente de forma crescente entre todos os municípios.

O PES instrumentaliza uma proposição intersetorial de trabalho, consoante com a máxima “saúde em todas as políticas”. Matus defende que a vida não se organiza em setores ou secretarias, mas em torno de problemas. Da mesma maneira, a fim de solucionar os problemas de saúde da vida real, a questão deve ser enfrentada com ação intersetorial (ARTMANN, 2000; HUERTAS, 2006; MATUS, 1994, 1998).

Outra grande contribuição do PES para a construção de cidades saudáveis é a incorporação do conceito de apreciação situacional como base de informações para o plano. No planejamento normativo, o diagnóstico técnico é a base para o plano de ações, isto é, toda a elaboração do planejamento está embasada apenas no diagnóstico, quase sempre tecnocrata e enviesado. No PES, a apreciação situacional substitui o diagnóstico técnico, que deve ser apenas base para o desenvolvimento da apreciação situacional e que deve ter abordagem participativa, com o envolvimento dos atores sociais no processo de planejamento (ARTMANN, 2000; ARTMANN; AZEVEDO; SÁ, 1997).

A seguir, apresenta-se na tabela 9 e 10 a correlação que foi desenvolvida analisando onde os gastos por habitante, recurso próprio e transferência do SUS estão sendo negativos e onde estão sendo positivos. Entendemos como eficiência isso e, ao consultar os dados do PROADSS, foram oferecidos índices que nos permitem percebermos onde foi eficiente, o que não vai dar uma visão total, porém esta é a amostragem na análise através do PROADSS e da correlação de Person, desenvolvida para os 7 municípios da RMB.

O método para chegar até o índice, foi feito por uma fórmula da correlação, em que a análise correlacional indica a relação entre 2 variáveis lineares e os valores sempre serão entre

+1 e -1. O sinal indica a direção, se a correlação é positiva ou negativa, e o tamanho da variável indica a força da correlação.

Tabela 9 – RMB: índice da eficiência dos recursos (2019)

	<b>Gasto/habitante</b>	<b>Recurso próprio/habitante</b>	<b>Transferência SUS/habitante</b>
Taxa asma	-0,755	-0,818	-0,791
Percentual atenção primária	-0,818	-0,818	-0,882
Taxa insulina cardíaca	-0,945	-0,936	-0,973
Percentual AVC isquêmico	-0,745	-0,745	-0,791
Leitos	-0,927	-0,873	-0,955

Fonte: PROADESS (2022)

Em termos de análise, têm-se os dados negativos, o que significa que quanto maior é o gasto total, gasto com recurso próprio e transferência do SUS, menor será a taxa de asma, percentual de atenção primária, a taxa de insuficiência cardíaca e percentual de AVC isquêmico na RMB.

Por outro lado, considerando que quanto maior são os gastos totais, os recursos próprios e transferências do SUS, tanto menor são os leitos, isso significa que para os leitos não têm sido benéficos. Em termos de análise, verificou-se a eficiência dos recursos através de correlações positivas – quanto maior o gasto, maior será tal incidência – positivamente proporcional (Tabela 10).

Tabela 10 – RMB: Correlação da eficiência dos recursos na RMB (2019)

	<b>Gasto/habitante</b>	<b>Recurso próprio/habitante</b>	<b>Transferência SUS/habitante</b>
Taxa Aids	0,909	0,918	0,945
Gasto/hab.	1,000	0,964	0,973
Recurso próprio/hab.	0,964	1,000	0,927
Transf. SUS/hab.	0,973	0,927	1,000
Enfermeiros	0,936	0,891	0,964
Equip. ressonância magnética	0,948	0,934	0,961
Equip. diálise	0,827	0,791	0,891
Leitos UTI neonatal	0,736	0,773	0,764
Médicos	0,927	0,922	0,959
Respiradores	0,955	0,909	0,991

Fonte: PROADESS (2022)

Dessa forma, conforme a Tabela 10, quanto maiores foram os gastos totais, os recursos próprios e as transferências do SUS, maiores foram os números de respiradores, de médicos, de

leitos de UTI neonatal, de equipamentos de diálise, de equipamentos de ressonância magnética e de enfermeiros. Por outro lado, quanto maiores foram os gastos totais, os recursos próprios e as transferências, maior foi a taxa de incidência de AIDS, o que demonstra que os gastos não solucionaram este problema.

Nessas tabelas, e através da análise de eficiência dos municípios da Região Metropolitana de Belém, foi possível observar as relações positivas e negativas entre os níveis de aumento de investimentos e as incidências de problemas. É neste sentido que a análise da situação em questão na RMB se mostra de suma importância. E, para que ocorra equidade e justiça social para todos aqueles que utilizam serviços de saúde, a sociedade precisa participar desses processos, de forma a ser escutada, e para que ocorram os corretos planejamento de ações e preenchimento de lacunas.

A apreciação situacional da saúde com a participação da sociedade civil, em torno de problemas do cotidiano da vida, permite uma análise mais aprofundada do que aquela que resulta dos diagnósticos técnicos, uma vez que contempla visões acerca do problema, que talvez sejam desconhecidas pelo corpo técnico, além de expressar de maneira plural as interpretações e os anseios de todos (CARAZATTO, 2000; HUERTAS, 2006; MATUS, 1994). Para a identificação do problema, o PES propõe uma metodologia que pacifica o conceito de problema, esvaziando-o da ideia presente no senso comum. Nesse caminho, o problema de planejamento não é necessariamente uma emergência ou dano atual, mas representa suas potencialidades e fragilidades, suas ameaças e oportunidades. Sendo assim, o problema do planejamento é aquilo para o que o plano é desenvolvido; a resolução desse problema (HUERTAS, 2006; MATUS, 1994).

A descrição do problema orienta a estrutura do planejamento, assim como todas as suas características, de maneira a evidenciar os nós críticos, que são questões que, quando solucionadas, alteram drasticamente o quadro geral do problema, isto é, são os pontos cruciais de intervenção. Vale destacar que somente são consideradas nós críticos as matérias passíveis de intervenção prática, ou seja, politicamente e economicamente viáveis (HUERTAS, 2006; MATUS, 1994).

Nesse sentido, podemos observar que nem todas as áreas da saúde são atendidas pelo planejamento: as taxas de asma, o percentual de atenção primária, a insulina cardíaca, o percentual de AVC isquêmico e os leitos não conseguem atender à população de forma eficiente, fazendo com que haja nós críticos, e uma melhor estratégia deve ser inserida para que estas e outras áreas consigam ser mais bem atendidas. Nesse caminho, sendo uma das questões-

problema avaliar a eficiência dos recursos, temos as presentes análises para esclarecer os pontos que precisam de uma melhor atenção.

A partir do plano, a cidade saudável não pode ser uma distopia desgarrada da realidade, principalmente por estar relacionada às construções histórica e social do espaço urbano; e mais, deve-se identificar os nós críticos para direcionar recursos para aqueles aspectos que trarão grande benefício para todos e, não para alguns apenas, por isso se reforça a importância da apreciação situacional. Acerca da construção do plano, uma vez que este se baseia, não somente em um diagnóstico, esse tem, como marco epistemológico, o modelo da incerteza rígida, o que significa que o plano assume que não há condição de se enumerar e de se analisar todas as variáveis que compõem a realidade; muito menos, prever todas as possibilidades de resultado, não sendo isto um impedimento ao planejamento.

#### 4.2 O PLANEJAMENTO E O COMPORTAMENTO DOS GASTOS DOS MUNICÍPIOS NO PERÍODO 2009-2019

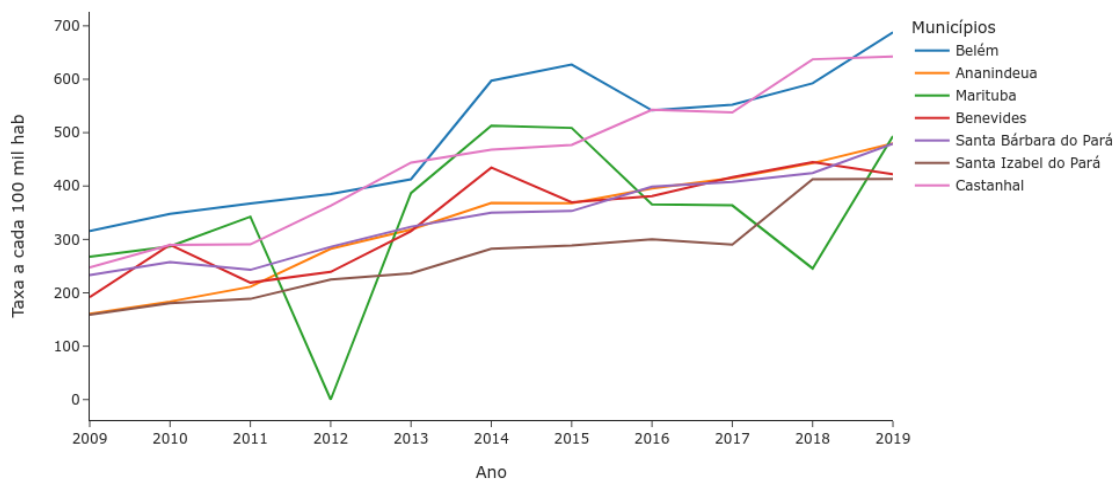
Ressalta-se a importância das transferências federais do SUS como fonte regular de recursos orçamentários para os municípios da RMB, para que ocorram as suficientes e adequadas gestões dos recursos obtidos (Tabela 11). O Brasil precisa melhorar nestes dois quesitos. A evolução temporal da contribuição relativa dos entes federativos — União, estados e municípios — para o custeio da saúde no Brasil deixa claro que, embora a maior parte dos governos federais indique o financiamento da saúde como tema prioritário em seus mandatos (especialmente no período eleitoral), o que efetivamente se observa é o repasse dos custos progressivo aos estados e aos municípios, que são os elos fracos da divisão tributária vigente (SCHEFFER; BAHIA, 2014).



Tabela 11 – RMB: gastos em reais com recursos próprios e transferências do SUS por habitante por municípios (2009-2019)

Ano	Ananindeua	Belém	Benevides	Castanhal	Marituba	Santa Bárbara do Pará	Santa Izabel do Pará
2009	160,72	315,87	192,05	247,77	267,76	233,28	159,14
2010	183,65	347,71	289,99	289,7	287,1	257,38	180,63
2011	211,38	367,35	219,13	290,61	342,59	242,96	188,64
2012	282,44	384,96	239,12	363,16	0	286,15	225,01
2013	318,47	412,73	315,45	443,99	386,86	323,83	236,47
2014	368,23	597,14	434,42	468,34	513,17	350,1	282,57
2015	367,9	627,51	369,7	477,15	508,84	353,23	288,38
2016	395,47	541,63	381,31	542,63	365,68	398,88	300,05
2017	415,08	552,54	416,61	537,83	363,71	407,67	290,2
2018	442,94	592,52	444,88	637,37	245,61	424,57	412,62
2019	479,9	688,04	422,34	642,66	493,4	479,2	413,38

Fonte: PROADESS (2022)

Gráfico 4 – RMB: gasto total com saúde por município<sup>4</sup>

Fonte: PROADESS (2022)

Conforme a Tabela 11 e o Gráfico 6, chama atenção o fato de o município de Marituba ter experimentado uma queda considerável na quantidade de investimentos em saúde, em 2012, Benevides teve uma queda nos gastos de 2018 para 2019, Ananindeua e Santa Bárbara do Pará tiveram um crescimento em 2018 e, de 2017 para 2018, houve um aumento vertiginoso nos

<sup>4</sup> Despesa total em saúde por habitante

- Definição: Despesa total em saúde (em R\$) dos municípios, por habitante.
- Interpretação: Despesa total em saúde, por habitante, advindo de todas as fontes, quer sejam impostos, transferências SUS de outras esferas governamentais, operações de créditos, e outras.
- Método de Cálculo: Numerador = despesa total em saúde (todas as fontes de financiamento) dos municípios. Denominador = população total residente.

Para cálculo do indicador, utilizou-se a população disponibilizada pelo SIOPS.

investimentos em saúde em Santa Izabel do Pará, enquanto Castanhal e Belém têm tido mais gastos, os quais vêm em escala constante de crescimento.

No geral, percebe-se que o comportamento dos investimentos é progressivo em alguns municípios e mais volátil em outros, isto é, os gastos com saúde se mostram desiguais na RMB. A grande diferença dos poderes de arrecadação municipal e de disponibilização de recursos para a saúde, associada a outros fatores, fez com que os sistemas públicos de saúde dos municípios se tornassem totalmente heterogêneos, produzindo regiões de saúde igualmente díspares.

Graças à municipalização e à descentralização da saúde, seguidas pelo tardio, e ainda não efetivo, empenho no fortalecimento das regiões de saúde, vivemos hoje uma realidade, em que o município é considerado o núcleo básico organizacional do sistema. Essa situação produziu uma segmentação do sistema de saúde em subsistemas nacionais, fator que influencia a fragmentação do SUS em nome da autonomia municipal. A fragmentação do SUS tem gerado iniquidades locais que ficam evidentes, quando se analisam o financiamento e o gasto do SUS nos municípios.

Em 2020, o Conselho Federal de Medicina (CFM) realizou um balanço com os números divulgados pelo governo, indicando que R\$ 1.398,53 saíram das contas públicas em todo o país para pagar o atendimento da população. Portanto, a União gasta diariamente R\$ 3,83 com cada habitante, valor que é proveniente das três esferas do poder público: federal, estadual e municipal.

Por lei, cada órgão federativo precisa destinar parte dos recursos obtidos de impostos e de transações constitucionais para o setor de saúde. O montante varia, dependendo da esfera pública, e são necessários índices mínimos de 12% para os estados e o Distrito Federal, de 15% para os municípios e de 15% da receita líquida, mais a correção da inflação, para o governo federal.

Enquanto os municípios brasileiros aumentaram gradativamente sua participação na composição das despesas públicas, os estados, aos poucos, têm retraído sua presença proporcional nas contas da saúde

Foi feita uma pesquisa em nível nacional, pelo Conselho Regional de Medicina do estado do Paraná, que descobriu que municípios e estados ampliaram seus gastos com saúde, especialmente a partir dos anos 2000, com o estabelecimento da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000), que vinculou os recursos da saúde às suas receitas (12% para estados e 15% para municípios). Em 2008, as prefeituras assumiam 29% do gasto público total, percentual que, em 2019, alcançou 31,3%. No mesmo intervalo, os estados respondiam por 27,6% das

despesas, percentual que caiu para 26,3% no ano passado (PARANÁ, 2020, s/p). “No caso da União, essa vinculação, que, na década de 1990, chegou a ser responsável de 75% da participação do Estado com o gasto sanitário total, no período analisado se manteve em torno de 43%” (PARANÁ, 2020, s/p)

Nos últimos doze anos, só as despesas das capitais com recursos próprios aumentaram 52%, passando de 15,2 bilhões de reais, em 2008, para 22,9 bilhões, em 2019 (PARANÁ, 2020). No *ranking*, o destaque positivo do ano passado recai sobre Teresina (PI), com um valor correspondente a R\$ 703,76 *per capita* no ano. Na sequência, aparecem São Paulo (SP), com R\$ 673,71; Vitória (ES), com R\$ 667,70; Campo Grande (MS), com R\$ 615,94; e Cuiabá (MT), com R\$ 596,97 (SILVEIRA, 2020).

De acordo com dados da Tabela 12, os piores desempenhos foram registrados em Macapá (AP), com R\$ 173,74; em Rio Branco (AC), com R\$ 255,76; em Salvador (BA), com R\$ 275,56; em Belém (PA), com R\$ 301,72; e em Maceió (AL), com R\$ 316,64. Considerando-se as 26 capitais, à exceção de Brasília, que possui uma especificidade administrativa que não permite este cálculo, a média nacional ficou em R\$ 490,72 *per capita* aplicados, pelas prefeituras, em ações e em serviços de saúde. Além dos cinco municípios com pior desempenho, já citados, outros 13 não conseguiram superar este parâmetro, entre as capitais.

Tabela 12 – Brasil: despesas com ações e com serviços públicos de saúde nas capitais estaduais (2019)

<b>Estado</b>	<b>Capital</b>	<b>Gasto per capita</b>
Acre	Rio Branco	R\$ 255,76
Alagoas	Maceió	R\$ 316,64
Amapá	Macapá	R\$ 173,74
Amazonas	Manaus	R\$ 337,26
Bahia	Salvador	R\$ 275,56
Ceará	Fortaleza	R\$ 419,09
Espírito Santo	Vitória	R\$ 667,70
Goiás	Goiânia	R\$ 403,17
Maranhão	São Luís	R\$ 364,29
Mato Grosso	Cuiabá	R\$ 596,97
Mato Grosso do Sul	Campo Grande	R\$ 615,94
Minas Gerais	Belo Horizonte	R\$ 519,05
Pará	Belém	R\$ 301,72
Paraíba	João Pessoa	R\$ 336,34
Paraná	Curitiba	R\$ 514,63
Pernambuco	Recife	R\$ 390,18
Piauí	Teresina	R\$ 703,76
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	R\$ 486,68
Rio Grande do Norte	Natal	R\$ 407,52
Rio Grande do Sul	Porto Alegre	R\$ 442,05
Rondônia	Porto velho	R\$ 349,73
Roraima	Boa Vista	R\$ 381,92
Santa Catarina	Florianópolis	R\$ 513,22
São Paulo	São Paulo	R\$ 673,71
Sergipe	Aracaju	R\$ 381,00
Tocantins	Palmas	R\$ 413,41
Médias das capitais		R\$ 490,72

Fonte: Silveira (2020)

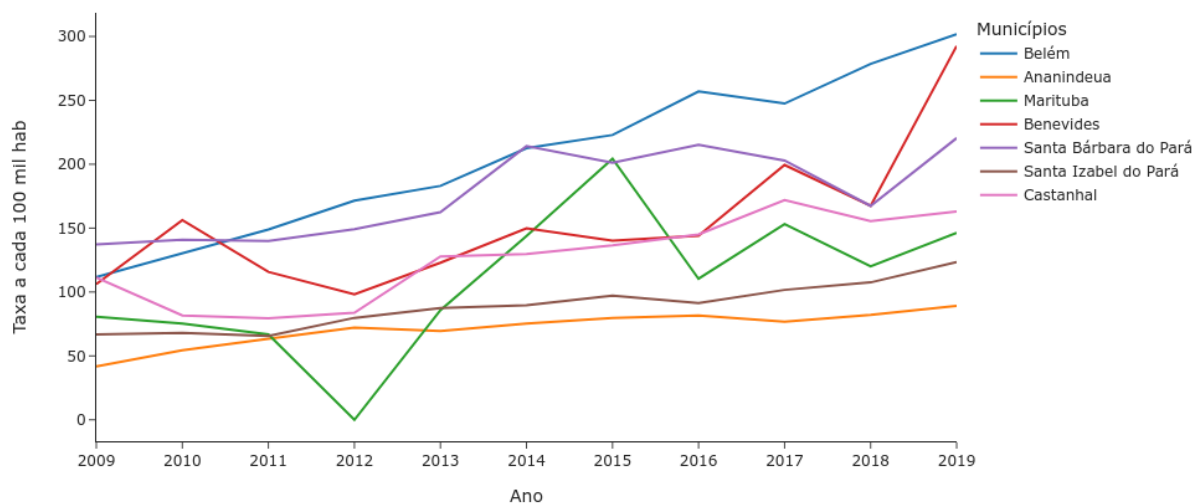
Cerca de 2.200 municípios brasileiros gastaram menos do que R\$ 365,00 na saúde de seus habitantes, durante todo o ano de 2019. Segundo a análise do CFM, o valor médio aplicado pelos gestores municipais com recursos próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) alcançou quase R\$ 442,00 *per capita* naquele ano.

O levantamento mostra, por exemplo, que os municípios menores (em termos populacionais) arcam proporcionalmente com uma despesa *per capita* maior. Em 2019, as prefeituras das cidades com menos de cinco mil habitantes gastaram R\$ 809,25 na saúde de cada cidadão, em média — quase o dobro da média nacional. Além disso, os municípios das regiões Sul e Sudeste foram os que apresentaram maior participação no financiamento do gasto público em saúde, consequência, principalmente, de sua maior capacidade de arrecadação.

Quase dois terços dos 164,4 bilhões de reais aplicados pelas cidades brasileiras em saúde no ano de 2019 saíram dos cofres das próprias prefeituras, evidenciando o que especialistas consideram uma crescente “municipalização” dos serviços nesta área. Dados compilados pelo Observatório de Informações Municipais (OIM) indicam que, no ano de 2020, 34,96% do montante gasto pelos municípios em saúde veio de transferências da União e 3,28%, dos estados (CARRO, 2020).

Evidencia-se, como resultado, uma equação cruel: quanto menor é o gasto *per capita* em saúde, pior é o acesso aos serviços. Outra face da desigualdade ocorre no interior das metrópoles, pois, em decorrência do modelo de urbanização brasileiro, uma parte importante da população que vive nestas cidades não tem acesso aos serviços e aos bens que o Estado deveria proporcionar, o que levou Milton Santos (1987) a cunhar a expressão “cidadãos incompletos”.

Gráfico 5 – RMB: gasto de recursos próprios por município (2009 a 2019)



Fonte: PROADESS (2022)

Tabela 13 – RMB: Gasto de recursos próprios com saúde por município por habitante (2009 a 2019) (em R\$)<sup>5</sup>

Ano	Ananindeua	Belém	Benevides	Castanhal	Marituba	Santa Bárbara do Pará	Santa Izabel do Pará
2009	41,77	111,72	106,27	111,46	80,55	137,34	66,69
2010	54,4	130,15	156,24	81,63	75,41	141,01	68,01
2011	63,43	148,94	115,75	79,49	66,77	139,83	65,5
2012	72,14	171,54	98,25	83,81	0	149,15	79,8
2013	69,47	183,02	122,87	127,81	85,87	162,54	87,48
2014	75,29	212,54	149,85	129,8	143,76	214,19	89,56
2015	79,65	222,88	140,28	136,61	204,28	201,22	97,21
2016	81,52	257,01	144,11	144,99	110,33	215,26	91,26
2017	76,83	247,48	199,45	171,87	153,14	202,95	101,67
2018	82,07	278,57	167,51	155,41	120,04	167,43	107,51
2019	89,18	301,72	292,54	162,98	146,22	220,47	123,4

Fonte: PROADESS (2022)

Conforme o Gráfico 7 e a Tabela 13, no geral, todos os municípios tiveram crescimento no nível de gastos em 2012, em 2016 e em 2017, e Marituba foi o único município que teve um decréscimo de investimentos em 2015. De acordo com a esma tabela, Belém, Benevides e Santa Bárbara são os que têm mais gastos por habitantes, enquanto Ananindeua, Santa Izabel do Pará e Marituba têm menos gastos. No ano de 2019, o gasto de R\$ 301,72 *per capita* em saúde colocou Belém na 23ª posição nacional das capitais no quesito, indo ao encontro do estudo realizado nesta pesquisa.

Se bem entendido o desenvolvimento sócio-espacial (SOUZA, 2002), é necessário frisar que os ganhos em justiça social e em qualidade de vida, além de percorrerem um processo democrático de decisões em uma sociedade autônoma, colocam a necessidade de planejar; planejar não só possíveis propostas interventivas, intuindo resolver as demandas urbanas, mas, além disso, através do planejamento e da gestão urbanas, construir e reconstruir aportes teóricos, considerando os atores sociais como sujeitos capazes de participar de decisões de políticas públicas.

Para que isto se torne realidade, Souza (2002) entende que os parâmetros das autonomias individual e coletiva devem ser complementados por critérios subordinados

<sup>5</sup> Recursos próprios por habitante:

- Definição: Recursos próprios (impostos e transferências constitucionais, em R\$), por habitante.

- Interpretação:

- Método de Cálculo: Numerador = recursos próprios (receitas de impostos e transferências constitucionais).  
Denominador = população total residente.

\* Para cálculo do indicador, utilizou-se a população disponibilizada pelo SIOPS.

particulares, visto que a justiça social e a qualidade de vida não passam de conceitos abstratos, se não contextualizados. Souza (2002) qualifica tais critérios com exemplos específicos a cada parâmetro subordinado geral. A justiça social pode ser associada a níveis de segregação espacial, a condições socioeconômicas e a graus de participação da população em geral. A qualidade de vida, por sua vez, pode ser associada à satisfação individual, em torno de serviços de saúde, de educação e de moradia (SOUZA, 2002, p. 67). Para atingir as especificidades dos parâmetros subordinados particulares, Souza propõe adaptações singularizantes, que dão conta de compreender a situação concreta no espaço e no tempo. É aí que a atuação profissional tem o dever de contribuir para a gestão democrática no desenvolvimento sócio-espacial de que trata o autor.

É nesse sentido que não se justificam gastos por habitantes tão discrepantes entre municípios próximos e com realidades semelhantes em níveis de oferta de serviços. Não há como se falar em justiça social, quando os gastos em saúde entre municípios de uma mesma região metropolitana se comportam de maneira divergente.

Para Souza (2002, p. 68), cabe “(...) aos próprios indivíduos/cidadãos envolvidos no planejamento ou na gestão em um determinado espaço e tempo” controlar os processos de construção e de reconstrução dos desafios sócio-espaciais. Aos profissionais envolvidos, cabe o exercício cotidiano de apreender o universo de expectativas, quanto às demandas. Para isso, são importantes as pesquisas de campo, os indicadores sociais e os demais instrumentos empíricos, construídos com o objetivo de captar “(...) a intersubjetividade dos atores sociais” (SOUZA, 2002, p. 60).

Na tabela anterior, percebe-se que, embora haja crescimento de gastos em alguns municípios, de modo geral, os valores empregados na saúde ainda são baixos, ou seja, esses números deveriam atender às necessidades da RMB; logo, é necessário que estas cifras sejam maiores e se equiparem com os padrões de transferência do SUS. Segundo o apurado, as despesas nos três níveis de gestão atingiram a cifra de R\$ 292,5 bilhões em 2019, montante que agrega a cobertura das ações e dos serviços de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, como o custeio da rede de atendimento e o pagamento de funcionários. Na avaliação do presidente do Conselho Federal de Medicina, Mauro Ribeiro, os indicadores de saúde e as más condições de trabalho no setor revelam que os valores gastos ainda estão abaixo do ideal (BRASIL..., 2020).

Na avaliação dele, embora o número absoluto tenha aumentado, ao longo dos 12 anos avaliados pela autarquia — algo em torno de R\$ 85,8 bilhões —, o valor continua abaixo de parâmetros internacionais e tem sido insuficiente para responder às demandas crescentes da

população, impulsionadas por mudanças nos perfis socioeconômico e epidemiológico (BRASIL..., 2020).

É necessária uma política de saúde que leve em conta todos os atores envolvidos neste processo, tanto os gestores, que estão presentes no planejamento, quanto as pessoas que realmente necessitam do suporte. Se os valores da Tabela 13 forem divididos por dias, chega-se próximo ao valor de três reais gastos por habitante por dia em saúde, o que é muito pouco.

A análise social deve ser construída no território — de forma a contribuir com a identificação de informações, para operacionalizar as tomadas de decisão e para definir estratégias de ação nas “(...) diferentes dimensões do processo de saúde-doença” (TEIXEIRA *et al.*, 1998, p. 8), ou seja, em termos de necessidades sociais —, nos grupos de risco, na situação de exposição, nos danos e óbitos, nas sequelas e nas doenças e agravos. Entretanto, essas dimensões não estão separadas, e, sim, relacionadas e, em muitas vezes, são causas, efeitos ou condições que se direcionam para situações-problema, com contextos muito particulares, dada a diversidade de usos do território pelos atores sociais.

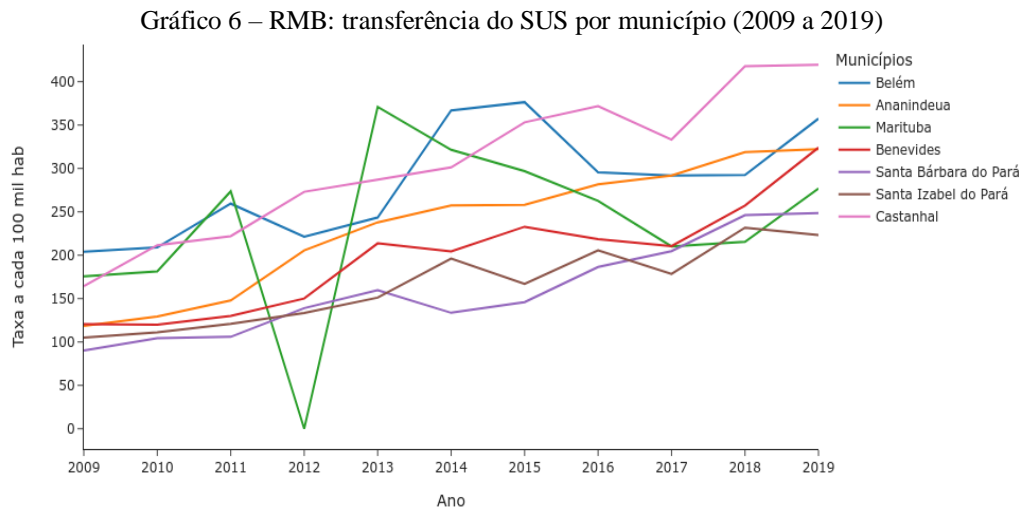
Nesse processo, o território passa a ser crucial para a avaliação e para a consequente montagem da estratégia de definição do volume de investimentos necessário para a RMB, pois, além da quantia gasta com saúde não ser suficiente, não há o devido conhecimento do território da RMB, relativamente à correta aplicação dos recursos.

É deste modo que o reconhecimento do território pode ser operacional para as ações de saúde: pela sua concretude, instância que sintetiza a totalidade social e as suas particularidades. Ao utilizar o conceito de território na saúde, devemos estar atentos ao que foi colocado por Santos e Silveira (2001): “(...) o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 12).

Assim, não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área; é preciso reconhecer processos e territorialidades, que, muitas vezes, transgridem limites impostos por determinados atores. Nesse sentido, ao se buscar aperfeiçoar a ação institucional no setor de saúde, é preciso reconhecer os territórios, além de suas delimitações “ótimas”, do ponto de vista funcional; deve-se percebê-los como instâncias de poder, das quais participam as populações a eles adscritas. Só assim esse poder será legítimo. Para isso, é preciso conhecer o território, a sua população e os processos que aí se desenvolvem, bem como reconhecer as múltiplas e diversas territorialidades existentes na “arena territorial”, como apontado por Cox (1991). Nesse sentido, impõe-se a necessidade de reconhecer o território da RMB dentro dos contextos de transformação constante e de ligação entre seus entes municipais.



No Gráfico 8 e na Tabela 14, também se observou, no ano de 2012, uma queda expressiva no número de transferência do SUS no município de Marituba. Belém, Ananindeua e Castanhal despontam entre os municípios com maior destaque em níveis de progressivo investimento e de comportamento de gastos. Benevides, Santa Bárbara do Pará e Santa Izabel do Pará apresentam níveis menores de transferências e menor constância de repasses.



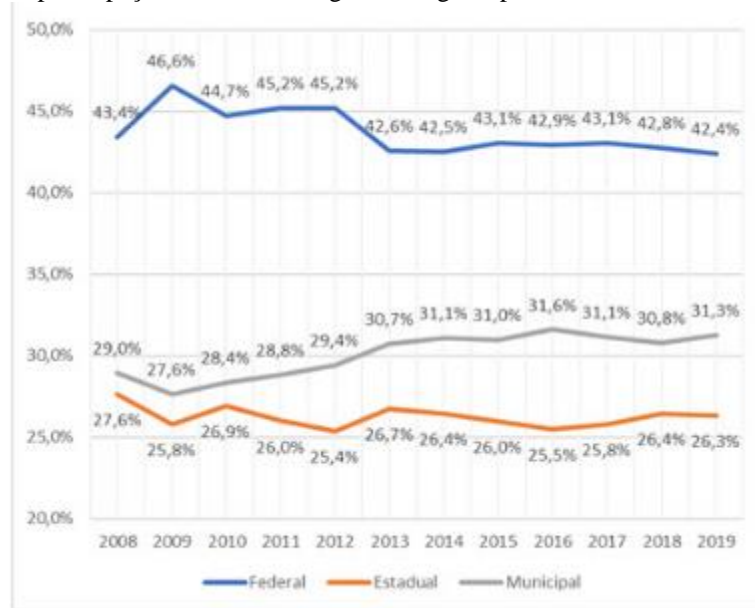
Fonte: PROADESS (2022)

Tabela 14 – RMB: transferência do SUS por município em reais por habitante (2009-2019)

Ano	Ananindeua	Belém	Benevides	Castanhal	Marituba	Santa Bárbara do Pará	Santa Izabel do Pará
2009	118,61	203,89	120,63	164,45	175,65	90,05	105,17
2010	129,46	209,04	120,05	211,48	181,37	104,31	111,03
2011	147,93	259,47	130,03	222	273,67	105,92	120,94
2012	205,61	221,29	150,09	273,11	0	139,01	133,33
2013	237,92	243,48	213,65	287,22	370,89	159,74	151,11
2014	257,46	366,94	204,37	301,28	321,46	133,62	196,05
2015	258,11	376,41	232,84	353,12	296,81	145,96	166,89
2016	281,62	295,62	218,57	371,88	262,65	186,35	205,55
2017	291,87	291,99	210,44	333,29	210,2	204,77	178,41
2018	318,85	292,47	257,31	417,74	215,34	246,19	231,72
2019	322,25	357,45	324,03	419,5	276,84	248,52	223,29

Fonte: PROADESS (2022)

Gráfico 8 – Brasil: participação das esferas na gestão do gasto público em saúde no Brasil (2009 a 2019)



Fonte: SIOPS 2019

No caso da União, essa vinculação, que, na década de 1990, chegou a ser responsável por 75% da participação do Estado no gasto sanitário total, manteve-se em torno de 43% no período analisado (SILVEIRA, 2020).

Os municípios e os estados ampliaram o gasto, especialmente a partir dos anos 2000, com o estabelecimento da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2020), que vinculou os recursos da saúde às suas receitas (12% para estados e 15% para municípios).

De acordo com o Gráfico 9, em 2009, as prefeituras assumiam 27% do gasto público total, percentual que alcançou 31,3% em 2019. No mesmo intervalo, os estados respondiam por 27,6% das despesas, percentual que caiu para 26,3% no ano de 2019 (SILVEIRA, 2020). Na Tabela 14, apresentam-se os números das cessões da União para a RMB e, no Gráfico 9, analisam-se as transferências da União em nível de Brasil. Pelos dados, é possível observar a constância dos gastos, em nível nacional, e o grande suporte à saúde dados pelos municípios.

Os resultados deste estudo sugerem que houve pouca articulação do triângulo de governo para a política de saúde. Caso tivessem sido implementadas formas de planejamento como o estratégico situacional, conforme aqui temos sustentado, talvez os municípios não ficassem tão dependentes dos recursos da União. Dessa forma, com um orçamento participativo, ouvindo os atores que necessitam da saúde, localmente, poderia ser realizado um planejamento mais coerente com a realidade, garantindo maiores autonomias individual e coletiva e favorecendo a implementação da política de saúde na RMB. Das questões apresentadas, destacam-se a ausência de autonomia financeira das secretarias municipais de

saúde e, também, a fragilidade da política de gestão de trabalho nos municípios, já que estes são dependentes da União e os estados colaboram cada vez menos.

A política de saúde, sendo de cima para baixo, sem que se possa saber da origem e da real eficácia dos recursos, compromete a garantia dos direitos daqueles que dela necessitam. Uma política mais integrada entre os municípios da RMB, com orçamento participativo e com direcionamento efetivo, permitiria um uso mais eficaz dos recursos públicos.

Na Tabela 14, ao comparar os gastos dos municípios, conseguimos identificar uma grande diferença entre eles. Os repasses da União são muito maiores e feitos por gestores que não sabem onde este recurso pode ser mais eficaz de fato. Se realizado um planejamento com estratégias pontuais, a eficácia seria melhor observada na realidade. O comportamento dos gastos por habitante mostra que o valor é de bom nível, mas isto em nada adianta, se não houver uma estratégia que possa direcionar este recurso.

#### 4.3 O PERCENTUAL MÍNIMO E A DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS POR MODALIDADE DE ATENDIMENTO E ASSISTÊNCIA: UM BALANÇO

Nesse tópico, será apresentado o percentual mínimo de aplicação de recursos por habitante, por parte dos municípios da RMB, descrevendo-se os valores e a evolução dos investimentos, ao longo dos anos, observando quais municípios cumpriram com o mínimo no terreno da saúde e quais não o atingiram (Tabela 15).

Tabela 15 – RMB: valores em reais de aplicação de recursos próprios na saúde por habitante (2009-2019)<sup>6</sup>

Ano	Ananindeua	Belém	Benevides	Castanhal	Marituba	Santa Bárbara do Pará	Santa Izabel do Pará
2009	41,77	111,72	106,27	111,46	80,55	137,34	66,69
2010	54,40	130,15	156,24	81,63	75,41	141,01	68,01
2011	63,43	148,94	115,75	79,49	66,77	139,83	65,5
2012	72,14	171,54	98,25	83,81	0,0	149,15	79,8
2013	69,47	183,02	122,87	127,81	85,87	162,54	87,48
2014	75,29	212,54	149,85	129,8	143,76	214,19	89,56
2015	79,65	222,88	140,28	136,61	204,28	201,22	97,21
2016	81,52	257,01	144,11	144,99	110,33	215,26	91,26
2017	76,83	247,48	199,45	171,87	153,14	202,95	101,67
2018	82,07	278,57	167,51	155,41	120,04	167,43	107,51
2019	89,18	301,72	292,54	162,98	146,22	220,47	123,40

Fonte: PROADESS (2022)

Atesta-se que nem todos os municípios conseguiram cumprir o percentual mínimo, de acordo com a Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012), que obriga os municípios a implementarem 15% de sua corrente líquida na área da saúde. Na Tabela 15, tem-se o gasto por habitante feito pelos municípios. A partir destes gastos, com os recursos de autonomia municipal, tira-se o percentual da aplicação mínima de recursos na saúde. Na Tabela 16, apresentam-se os municípios que cumpriram e os que não cumpriram com o mínimo que deve ser por eles aplicado.

De acordo com os dados coletados na plataforma PROADESS, Belém possui a média de 20,5% de recursos aplicados na saúde, ao longo dos anos citados, Ananindeua possui média de 15,5%, Santa Bárbara possui média de 19,38%, Castanhal não aplicou o mínimo nos anos de 2015, de 2017, de 2018 e de 2019, permanecendo, a sua participação, em 10% da sua receita, embora tenha aplicado mais do que o mínimo de 15% nos demais anos, enquanto Marituba cumpriu a LC 141 em todos os anos, perfazendo uma média de investimentos de 21% (Tabela 16).

Conforme a Tabela 17, Benevides não cumpriu com a cota mínima de investimentos em saúde em 2019, ficando em 13,01%, nem em 2017, com 10,08%; e Santa Izabel do Pará aplicou 11,01% e 10,59% nos anos de 2015 e de 2016, respectivamente, enquadrando-se entre os

<sup>6</sup> Percentual dos recursos próprios (impostos e transferências constitucionais) destinados à saúde:

- Numerador: despesas de recursos próprios em saúde x 100.

- Denominador: receitas de impostos e transferências constitucionais.

municípios que não cumpriram a lei determinada. Em relação ao período de análise, faz-se necessário esclarecer que este tem início em 2015, em razão de a plataforma disponibilizar dados sobre o percentual mínimo de inversão em saúde dos municípios somente a partir daquele ano. Os demais municípios da Tabela 17, que não foram aqui mencionados, cumpriram com as exigências dadas pela lei em questão.

Tabela 16 – RMB: média de percentual de aplicação por município, ao longo dos anos de 2015 a 2019

<b>Município</b>	<b>% mínimo média</b>
Ananindeua	15,5
Benevides	16,5
Castanhal	15,8
Marituba	21,0
Santa Bárbara	19,38
Santa Izabel	16,1
Belém	20,5

Fonte: PROADESS (2022)

Tabela 17 – RMB: municípios que não cumpriram a lei no período de 2015 a 2019

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Benevides			10,08		13,01
Santa Izabel	11,01	10,59			
Castanhal	11,9		11,2	10,5	10,4

Fonte: PROADESS (2022)

Ananindeua e Castanhal são os municípios que possuem as menores porcentagens médias de investimento público em saúde. Vale ressaltar que a plataforma PROADESS só disponibilizou o acesso a estes percentuais, a partir do ano de 2015, não disponibilizando o valor empregado em anos anteriores, embora fornecesse outros dados. Benevides, Santa Izabel do Pará e Castanhal não cumpriram a lei do percentual mínimo obrigatório.

Percebe-se, ainda, que o fato de haver o cumprimento dos gastos em saúde não significa eficiência e melhor desempenho no atendimento aos serviços de saúde. A dependência dos municípios, em relação à União ainda, é grande e feita de forma mal planejada, necessitando de um planejamento intersetorial, que vise preencher as lacunas do sistema.

Nesse sentido, há uma obrigação de se observar o espaço para além de suas pertinências material e de critérios percentuais, que não se valem necessariamente de uma medida ideal, para que se possa ter parâmetros de um ou outro município. É preciso ir além destas questões.

Quando se trata da questão urbana, sem objetivar o sentido que as projeções materiais podem gerar nas relações sociais, a gestão ou planejamento urbano só podem ser ineficazes ou ineficientes. Sendo assim, o que deveria se propor, para Souza (SOUZA, 2003), é uma reflexão que parta do espaço social e das relações projetadas no espaço, para que se possa visualizar as

dimensões espaciais, qualificando-as e, mesmo, redimensionando-as, para transformá-las, ou seja, não visando apenas transformar o espaço social, mas “[...] a transformação das relações sociais e do espaço social, simultaneamente” (SOUZA, 2003, p. 100). É fundado nestes aspectos que Souza defende sua concepção de “desenvolvimento sócio-espacial” (SOUZA, 2003, p. 101; SOUZA, 2002, p. 62). Esse conceito encerra duas variáveis importantes, que podem nortear uma “mudança social positiva” no cotidiano das cidades: a justiça social e a qualidade de vida, considerados aspectos fundamentais para melhorar a vida urbana.

A autonomia coletiva pressupõe a existência de instituições que realmente (não, apenas formalmente) assegurem a maior igualdade de oportunidade possível, para que todos os indivíduos participem de processos decisórios, relativos a assuntos de interesse coletivo, bem como uma semelhança de oportunidades, no que concerne às condições materiais (da ausência de privação econômica grave à livre e transparente circulação de informações), para que os indivíduos realmente possam participar, livremente e com conhecimento de causa, de tais processos.

É neste sentido que o mecanismo de gestão do orçamento participativo pode contribuir, não somente para avançar, em matéria de desenvolvimento urbano (mais justiça social e melhor qualidade de vida), mas, também, para o atingimento de objetivos mais ambiciosos a longo prazo, sobre a base de um processo político-pedagógico (SOUZA, 1998, 2000a). Um dos aspectos, aos quais se deve dar atenção, o qual, no entanto, tem sido muito pobre e marginalmente tratado na literatura acadêmica sobre orçamentos participativos, é o da espacialidade deste tipo de mecanismo de gestão participativa; crítica já feita por Souza (2000b).

No caso de descumprimento dos percentuais mínimos, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, verificado a partir da fiscalização dos tribunais de contas ou das informações declaradas e homologadas, junto ao sistema eletrônico instituído, a União e os estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos ao emprego em ações e em serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal (BRASIL, 2016), que trata do cumprimento do cálculo de percentuais dos recursos mínimos regulamentados. No entanto, não foi possível aferir, na própria lei, as medidas preliminares a serem tomadas pela União, quando do descumprimento do percentual mínimo.

A lei também previu que os poderes executivos da União e de cada estado editarão atos próprios no prazo de 90 dias, a partir da vigência da Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012a), estabelecendo procedimentos de suspensão e de restabelecimento das transferências, a serem adotados no caso de que os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder 12 meses, contados da data de ocorrência do referido repasse.

O Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012 (BRASIL, 2012b), regulamentou os procedimentos de condicionamento e de restabelecimento das transferências de recursos das receitas, de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição (BRASIL, 1998) que dispõem sobre os procedimentos de suspensão e de restabelecimento das transferências voluntárias da União nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e em serviços públicos de saúde, de que trata a Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012a).

Os efeitos das medidas restritivas mencionadas serão suspensos, tão logo seja comprovada, por parte do ente da federação, o aproveitamento adicional do montante, referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas naquela lei complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser integralizado no exercício corrente.

O condicionamento da entrega de recursos será restabelecido, se houver o descumprimento das normas anteriormente estabelecidas ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que proceder, que induzir ou que concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde, por parte dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios, as transferências voluntárias da União e dos estados poderão ser restabelecidas, somente quando o ente beneficiário comprovar o cumprimento das disposições estatuídas, sem prejuízo das exigências, das restrições e das sanções previstas na legislação vigente (BRASIL, 2016).

Acompanhando esta orientação, a organização espacial da gestão da política de saúde no estado se estrutura, através dos Centros Regionais de Saúde (CRS), distribuídos em treze regionais no Pará. A Região Metropolitana de Belém oficial está subdividida em três regiões, em que estão inseridos os municípios da atual formatação da RMB, além dos outros municípios do Pará.

No âmbito do SUS, a integração na gestão é claramente percebida em declarações dos representantes dos municípios de Belém, de Ananindeua, de Marituba e de Benevides, assim como nas dos municípios de Castanhal, não ocorrendo o mesmo, com relação à Santa Bárbara

do Pará e à Santa Izabel do Pará. As vantagens perpassam a garantia do atendimento de serviços de atenção básica e de alta e média complexidades no fortalecimento da ação regional, na integração das ações de gestão, na otimização do atendimento e nas ações na rede de serviços.

Sobre a necessidade de novas ações que visem à integração na gestão, Belém e Ananindeua não se manifestaram, no entanto os demais municípios enfatizaram a necessidade de integração nas áreas de trabalho educativo e de regulação, na ampliação da oferta de equipamentos e de serviços e nas campanhas de imunização e de prevenção. À exceção de Santa Bárbara do Pará, as ações executadas envolveram todos os municípios da RMB.

As vantagens podem ser observadas no maior alcance das ações intermunicipais, na otimização de recursos, na transparência da gestão e no acesso aos serviços de atenção básica e de média e alta complexidades. Pelo exposto, percebe-se que a rede de fluxos intermunicipal se orienta, a partir da necessidade de acesso aos equipamentos de média e alta complexidades. Esses equipamentos estão presentes, principalmente, nos municípios de Belém e de Ananindeua.

No entanto, ressalta-se que este fluxo é sazonal, pois se trata de um atendimento circunstancial, devido à ausência da oferta destes serviços no município de origem, não se refletindo em deslocamento diário e contínuo para o cidadão. As demais ações de âmbito municipal, como campanhas de imunização e de prevenção, não interferem na dinâmica dos demais municípios, que desempenham ações nestas áreas, sem a necessidade de integração com os demais, evidenciando existência de Funções Públicas de Interesse Comum (FPIC) na saúde (PARÁ, 2018).

O Quadro 2 apresenta as principais ações das FPIC de Saúde, previstas em lei federal no Brasil, identificadas entre os municípios da área de estudo.

Quadro 2 – RMB: compartilhamento de ações existentes e necessárias de saúde entre os municípios

Municípios	Ações existentes (planejamento, gestão e execução)	Ações necessárias (planejamento, gestão e execução)
Belém	Realiza ações de planejamento, de gestão e de execução com os municípios de Ananindeua, de Benevides e de Marituba.  Obs.: ações de planejamento seguem as determinações da Política Nacional de Saúde, por meio do cumprimento dos pactos assumidos com o SUS: Assistência à Saúde; Ações de vigilância à saúde do Trabalhador; Gestão por meio de Programação Pactuada Integrada; Comissão Intergestora Regional; Gestão integrada; e Ações da Rede Cegonha. Acompanhamento das notificações. Atendimento de média e alta complexidade.	Com os municípios de Ananindeua, de Benevides, de Marituba e de Santa Bárbara do Pará.  Elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) com revisão anual. Assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) com mediação do estado. Serviços de atenção básica, média e alta complexidade na assistência ao pré-natal, parto e nascimento. Vigilância sanitária e atenção básica, em relação à vacinação e a campanhas educativas com os municípios limítrofes.



Ananindeua	<p>Realiza ações de planejamento, de gestão e de execução com os municípios de Benevides, de Marituba e de Santa Bárbara do Pará.</p> <p>Oferta serviços de equipamentos de urgência e emergência e assistência à saúde. Atendimentos de média e de alta complexidades. Ações de vigilância à saúde, conjuntamente com os municípios limítrofes.</p>	<p>Com os municípios de Benevides, de Marituba e de Santa Bárbara do Pará.</p> <p>Assistência à Saúde, por meio da PPI. Notificação epidemiológica de seus municípios.</p> <p>Integração nas campanhas de imunização e de prevenção.</p> <p>Acesso de cada município ao Centro Regional de Saúde dos municípios para não sobrecarregar Belém.</p> <p>Assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), a ser mediado pelo estado.</p>
Marituba	<p>Realiza ações de planejamento, de gestão e de execução com os municípios de Ananindeua, de Benevides e de Santa Bárbara do Pará.</p> <p>Obs.: ações de planejamento seguem as determinações da Política Nacional de Saúde, por meio do cumprimento dos pactos assumidos com o SUS: Assistência à Saúde; Ações de vigilância à saúde do Trabalhador; Gestão por meio de Programação Pactuada Integrada; Comissão Intergestora Regional; Gestão integrada; e Ações da Rede Cegonha.</p>	<p>Com os municípios de Ananindeua, de Benevides e de Santa Bárbara do Pará.</p> <p>Assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).</p> <p>Sistema de monitoramento do cartão SUS para o repasse adequado de recursos financeiros.</p>
Benevides	<p>Realiza ações de planejamento, de gestão e de execução com Ananindeua, Belém, Marituba e Santa Bárbara do Pará.</p> <p>Ações de planejamento em média e alta complexidades.</p> <p>Plano de contingência de combate às endemias e o Rede Cegonha.</p> <p>Obs.: ações de planejamento seguem as determinações da Política Nacional de Saúde, por meio do cumprimento dos pactos assumidos com o SUS</p>	<p>Com os municípios de Ananindeua, de Belém e de Santa Bárbara do Pará.</p> <p>Ações de enfrentamento de endemias (plano de contingência e de combate ao Zika vírus, à dengue e ao Chikungunya).</p> <p>Implantação de ações da Rede Cegonha.</p> <p>Gestão dos programas de saúde, por meio da Comissão Intergestora Regional (CIR).</p> <p>Promoção da educação permanente na saúde, por meio de ações de qualificação profissional.</p>
Santa Bárbara do Pará	<p>Não existem ações de planejamento, de gestão e de execução.</p> <p>Obs.: inexistência de ações de caráter metropolitano. No entanto, segue, como os demais municípios, as determinações da Política Nacional de Saúde, por meio do cumprimento dos pactos assumidos com o SUS para o planejamento, a gestão e a execução de ações.</p>	<p>Com os municípios de Ananindeua, de Belém, de Benevides e de Marituba.</p> <p>Integração das ações de planejamento, de gestão e de execução da Política de Saúde, por meio do cumprimento dos pactos assumidos com o SUS.</p> <p>Planejamento das ações de combate às endemias e para construção de um centro de zoonoses, juntamente com o município de Benevides.</p>
Santa Izabel do Pará	<p>Realiza ações de planejamento, de gestão e de execução com alguns municípios.</p> <p>Colegiado de Secretários de Saúde (“CIR”) com: RMII (Acará, Bujaru, Colares, Concórdia do Pará, Santa Izabel do Pará,</p>	<p>Com municípios da RMB</p> <p>Gestão no serviço de saúde para Castanhal.</p> <p>Pactuação nos serviços de média e de alta complexidade com os municípios de Ananindeua, de Belém, de Benevides, de Marituba e de Santa Bárbara do Pará.</p>

	Santo Antônio do Tauá, São Caetano de Odivelas, Tomé-Açu e Vigia). SAMU 192 com a RMII Atendimento de Urgência e Emergência Hospitalar com a RMII Atendimento pelo Centro de Apoio Psicossocial com a RMII.	Campanhas de prevenção e de imunização com os municípios de Ananindeua, de Belém, de Benevides, de Marituba e de Santa Bárbara do Pará.
Castanhal	Realiza ações de planejamento, de gestão e de execução com o município de Belém. Ações de planejamento para os serviços de média e de alta complexidades. Regulação do acesso ambulatorial e hospitalar, conforme PPI vigente na assistência. Participação, em foro regional, de negociação e de pactuação de matérias afins à organização e ao funcionamento de serviços de saúde integrados em rede de atenção.	Com o município de Marituba Regulação do acesso ambulatorial e hospitalar, conforme PPI vigente na assistência.

Fonte: SEDOP (2018)

Na integração da gestão metropolitana, referente à política setorial de saúde, cabe ressaltar que, entre os planos diretores dos municípios da RMB, apenas o Plano Diretor de Benevides (BENEVIDES, 2006) propõe uma gestão conjunta, em que define pontualmente a criação de um sistema apropriado para o destino do lixo hospitalar. Os planos diretores dos demais municípios da RMB não propõem elementos de integração de gestão, relativos à política setorial de saúde.

Veja-se que a garantia da saúde não é dada, portanto, no sentido amplo, por políticas de base territorial, pois não há políticas, seja de natureza social ou econômica, que não sejam naturalmente territoriais. Por isso, não há direito à saúde, sem, antes, haver o direito ao território ou ao uso do território.

Por outro lado, não há saúde sem uma estrutura sistêmica de ações e de serviços acessíveis, universais e equânimes, conforme as próprias condições territoriais. A natureza territorial do SUS é, portanto, uma condição desenhada nos seus princípios de universalidade, equidade e integralidade; é um direito de todos, ou seja, de todo o território; não, apenas de parte dele. Contudo, para serem universais, os serviços de saúde precisam estar no território e se deixarem acessar e usar pelos que nele vivem. Nem todos os serviços estarão em todo o território nacional, mas a todos os nele presentes deve ser garantido o direito de uso.

Em síntese, percebemos, a partir do quadro anterior, a existência do desalinhamento, em relação ao planejamento das ações, em função da ineficiência da aplicação dos recursos públicos, o que se reflete nas disparidades e no desenvolvimento socioeconômico das regiões e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população. Destaca-se, portanto, a necessidade

de ações do poder público, a fim de integralizar os serviços de saúde, garantindo maior autonomia do direito à saúde à toda a população da Região Metropolitana de Belém.

Sobre as ações de planejamento, os representantes das secretarias de saúde dos municípios, à exceção de Santa Bárbara do Pará, declararam que desenvolvem ações integradas de planejamento. Contudo, tais ações não são movidas por iniciativas de caráter metropolitano, mas por conta da política nacional, que determina que os pactos assumidos com o SUS sejam cumpridos pelos municípios.

As vantagens desta integração podem ser constatadas no atendimento de serviços, na otimização dos recursos e na reciprocidade entre os entes pactuados, o que garante o repasse de recursos aos municípios que atenderam às demandas do sistema. Como principais dificuldades, os municípios relatam o não recebimento de repasses dos entes não pactuados. Esses municípios demandam serviços, sem, no entanto, efetivarem os repasses, o que acaba por onerar o município prestador do serviço, devido à universalidade do SUS. Outras dificuldades se devem às deficiências dos serviços ambulatoriais e hospitalares na rede SUS, considerando a demanda muito superior à oferta.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo da avaliação da política de saúde, o município deve estar vigilante, quanto aos seus padrões de financiamento e de gasto em saúde. Considera-se essencial este tipo de avaliação, por parte do gestor municipal, a fim de poder se responsabilizar por todas as ações e os serviços públicos de saúde no âmbito de seu território, especialmente os da política de atenção primária.

Nesse sentido, seria importante os gestores municipais se apoderarem desta dimensão, para assegurar uma avaliação do SUS municipal, com o objetivo de melhorar seus resultados. Foi com esse intuito que esta dissertação buscou avaliar o financiamento e o gasto dos municípios, considerando a importante ferramenta do PROADESS, pouco utilizada para tanto. Esse sistema, como instrumento de gestão, garante suporte para a tomada de decisão do gestor municipal, em relação aos recursos a serem alocados e gastos, de forma a melhor responderem às necessidades de saúde da população local.

Santa Izabel do Pará e Santa Bárbara do Pará são os municípios menos equipados, e verificamos que o planejamento desenvolvido pelos entes federados não atende à questão da regionalização da planificação, fazendo com que o acesso à saúde se torne restrito a uma parcela da população. Existem grandes diferenças no financiamento e no gasto em saúde, com uma discrepância importante entre a receita disponível e o gasto *per capita* em saúde realizado pelos municípios da região. Tais diferenças mostram que, além da insuficiência, há uma má distribuição dos recursos disponíveis, tornando o sistema heterogêneo e fragmentado. Dessa forma, chega-se à hipótese inicialmente formulada.

Em relação à problemática, o comportamento dos gastos em saúde ocorre de maneira desigual e os municípios apresentam comportamentos diferentes, um em relação ao outro. Belém, Castanhal e Ananindeua são os municípios mais bem equipados. As variáveis de investimentos nos permitem observar falta de planejamento integrado e índices numéricos muito distantes de um município para o outro.

A distribuição dos recursos se dá de forma ineficiente, visto que o quantitativo de UBS não consegue atender ao número devido de pessoas em Belém, pelo parâmetro adotado na lei. Belém está na 23ª posição nacional de gastos *per capita* com saúde, o que é algo a se preocupar, uma vez que a cidade atende a municípios próximos, causando um inchaço nos serviços de saúde.

Os valores do uso do percentual mínimo dos municípios analisados apresentam dados que enquadram Benevides, Castanhal e Santa Izabel do Pará entre os que não cumpriram

continuamente o exigido. No entanto, observa-se que, mesmo os municípios que cumpriram com estas demandas não oferecem bons serviços de saúde e desempenho de equipamentos. Logo, outras questões também devem ser analisadas, para se ter garantias das autonomias regional e coletiva em saúde, bem como deve ser atingido um melhor planejamento estratégico situacional, que também leve a isto.

Sobre os objetivos, as variáveis de investimento público foram analisadas, assim como o uso do percentual mínimo e a eficiência dos gastos em saúde, fazendo com que fosse possível responder às questões-problemas do trabalho da pesquisa.

É importante ressaltar as limitações da pesquisa, levando-se em conta o momento de seu desenvolvimento. A pandemia fez com que muito do que fosse escrito e divulgado se desse, em torno de problemas de pandemia e, a partir de 2020, todos estes gastos foram alterados. Ainda, a disponibilidade de informações muitas vezes revelava informações incompletas e de difícil acesso, em se tratando dos quantitativos de demandas e de controles das secretarias de saúde, que não disponibilizam dados que permitam a verificação ativa das ações necessárias. A própria plataforma PROADESS necessita de um melhor modelo de fornecimento de dados, para que estes sejam mais acessíveis.

O SUS, idealizado pelos líderes do movimento da Reforma Sanitária, era um sistema público de saúde universal e, não, apenas, para moradores de municípios com alta capacidade de arrecadação de recursos. Em vista disso, a regionalização e a organização em redes estavam presentes, desde o seu planejamento, sendo ainda previsto na CF, porém sua implantação ainda não aconteceu, de fato.

No modelo federativo brasileiro, em que o município é um ente federado autônomo, semelhantemente aos estados e à União, torna-se impossível pensar em autonomia regional, sem que a chamada região de saúde possua instrumentos efetivos para exercer a integração do sistema. É por meio do fortalecimento das regiões de saúde, colocando os serviços existentes na região em rede, com eficiência, com economia de escala e com escopo, sendo facilitado o acesso e atingindo o máximo de integralidade nas localidades de prestação de serviços, que a regionalização do sistema poderá ser o caminho para o estabelecimento de um SUS realmente nacional.

Sugerem-se planejamentos integrado, estratégico e situacional, assim como a aposta em orçamentos participativos, como formas de eliminar ou minimizar as discrepâncias existentes entre os municípios da RMB, visando suprir suas necessidades, tanto em recursos financeiros para as ações de saúde quanto em tecnologias de aperfeiçoamento da gestão, observando o

melhor emprego dos recursos disponíveis. Recomenda-se, ainda, aperfeiçoar os sistemas de informações, mormente em relação aos gastos indiretos do estado nos municípios.

A apreciação situacional da saúde, com a participação da sociedade civil, em torno de problemas do cotidiano da vida, permite uma análise mais aprofundada, em relação aos diagnósticos técnicos, uma vez que aquela contempla visões acerca do problema que, talvez, sejam desconhecidas do corpo técnico, além de expressar de maneira plural as interpretações e os anseios de todos (CARAZATTO, 2000; HUERTAS, 2006; MATUS, 1994). Para a identificação do problema, o PES propõe uma metodologia que pacifica tal conceito. Esvaziando-se a ideia que permeia o senso comum, o problema de planejamento não é necessariamente uma emergência ou dano, mas revela potencialidades e fragilidades, ameaças e oportunidades. Sendo assim, o problema do planejamento é aquilo para que o plano é desenvolvido: a resolução do problema (HUERTAS, 2006; MATUS, 1994).

A descrição do problema orienta a estrutura do planejamento e traz à tona todas as suas características, de maneira a evidenciar seus nós críticos, que são questões que, quando solucionadas, alteram drasticamente o quadro geral do problema, isto é, são os pontos cruciais, que demandam intervenções. Vale destacar que são considerados nós críticos somente as questões passíveis de intervenção prática, ou seja, politicamente e economicamente viáveis (HUERTAS, 2006; MATUS, 1994). A partir do plano, a realidade saudável não pode ser uma distopia desgarrada da realidade, principalmente por estar relacionada às construções históricas e sociais do espaço urbano. Além disso, deve-se identificar os nós críticos para direcionar recursos para a resolução de situações que trarão grandes benefícios a todos; não, apenas, a alguns grupos, o que reforça a importância da apreciação situacional.

Acerca da construção do plano, uma vez que tal não se baseia somente em um diagnóstico, buscam-se um marco epistemológico e um modelo da incerteza rígida. Isso significa que o plano assume que não há condições de se enumerar e de se analisar todas as variáveis que compõem a realidade e, muito menos, de prever todas as possibilidades de resultado, não sendo isto um impedimento à realização do correto planejamento.

Por fim, mais uma contribuição do PES reside nas preocupações com a execução e com a avaliação do plano. É necessário que haja um processo contínuo, ininterrupto, entre os momentos de planejamento e de ação diária. Planejar e agir devem formar um par dialético indissociável, sempre acompanhado da avaliação do que foi feito. Portanto, construir-se-ão realidades saudáveis todos os dias, obtidas de maneiras planejadas e coordenadas (ARTMANN, 2000; MATUS, 1994).

As dinâmicas básica e originária privilegiam a dimensão espacial na organização do processo, em que o município é dividido em setores geográficos (impropriamente chamados de “regiões”), os quais são os recortes espaciais que servem de referência para a mobilização da população e para os processos de eleição de prioridades e de escolha de delegados, os quais representarão diretamente a população, junto à prefeitura. Esses recortes expressam poder, definem fronteiras, condicionam e orientam a participação; eles definem territórios.

O desenvolvimento social explicita as esferas econômicas, políticas e culturais, mas se mostra insuficiente, por não contemplar a “[...] dimensão espacial da sociedade” (SOUZA, 2003, p. 98), que, quando lembrada, torna-se mera “[...] projeção abstrata da dimensão econômica no espaço” (SOUZA, 2003, p. 98-99). Dessa forma, a maneira pela qual o espaço urbano ainda é interpretado só poderá gerar mais disparidades, pois seu fim último continua a ser o lucro, através do dito “desenvolvimento urbano”. Para Souza (2003), a “[...] organização espacial e as formas espaciais refletem o tipo de sociedade que as produziu, uma vez produzidas, influenciam os processos sociais subsequentes” (SOUZA, 2003, p. 99).

A importância da dimensão espacial se mostra bastante clara em várias oportunidades e a respeito de vários assuntos. Um exemplo é a provável contribuição da participação popular na preparação da peça orçamentária, no que toca à redução das disparidades intraurbanas nas infraestruturas técnica e social, desse modo auxiliando na diminuição dos níveis de segregação residencial na cidade. Outro exemplo, dado no presente trabalho, diz respeito ao espaço enquanto território, especificamente, e enquanto lugar, indiretamente, e concerne à questão da “legitimidade” das unidades territoriais, que servem de referência para a organização do processo de participação popular no município.

Verificaram-se grandes discrepâncias no financiamento e no gasto com saúde, que apontam insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis. Enquanto uns municípios recebem poucos recursos para investir em saúde, os que têm mais recursos ficam sobrecarregados com os atendimentos de sua população e as de outros entes municipais.

Dessa forma, recomenda-se a criação de políticas públicas no propósito de eliminar ou minimizar as diferenças entre os municípios pesquisados, adotando as teorias propostas neste trabalho e objetivando prover suas necessidades, em relação aos recursos financeiros para a saúde, visando a melhor utilizá-los. Para pesquisas futuras, sugere o emprego de outras metodologias e técnicas, que possam identificar diferentes formas de alocação e de gerenciamento de recursos públicos, adotando outras variáveis e indicadores e promovendo a análise de sistemas de custeio público de saúde em esferas governamentais diversas.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Pedro *et al.* Distribuição espacial de equipamentos de mamografia no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais (RBEUR)**, v. 19, n. 2, p. 326-341, 2017.

ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *In: OFICINA SOCIAL Nº 3: DESENVOLVIMENTO SOCIAL*, 2000, Rio de Janeiro. **Resumo dos Trabalhos**. Rio de Janeiro: COPPE-UFRJ, 2000, p. 25.

BANDIERA, O.; PRAT, A.; VALLETTI, T. Active and Passive Waste in Government Spending: Evidence from a Policy Experiment. **American Economic Review**, [S.I.], v. 99, n. 4, p. 1278-1308, 2009.

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, jun. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300018>

BENESTY, J.; CHEN, J.; HUANG, Y.; COHEN, I. Pearson Correlation Coefficient. *In: Noise Reduction in Speech Processing*. Vol. 2. Berlin; Heidelberg: Springer, 2009. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-3-642-00296-0\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-642-00296-0_5).

BENEVIDES (Município). **Lei nº 1.031, de 11 de outubro de 2006**. Dispõe sobre ordenamento territorial do município de Benevides, e dá outras providências. 2006. Disponível em: <https://benevides.pa.gov.br/pagina/3054/lei-n-1.031--2006-dispe-sobre-ordenamento-territorial-do-municipio-de-benevides-e-d-outras-providencias>. Acesso em: 19 set. 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. Brasília, 1967. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 jan. 1967. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao67.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm). Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, [1988]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012**. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. 2012b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm). Acesso em: 21 out. 2020.



BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: Presidência da República, 2000. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm). Acesso em: 7 ago. 2020.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Financiamento**. s/d. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>. Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS)**. 2022. Disponível a partir de: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/>. Acessos a partir de: nov. 2022.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília: Presidência da República, 2012a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 9 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 3 set. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS**. Maio 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/aplicacao-de-recursos-em-acoes-e-dos-publicos-de-saude/>. Acesso em: 27 set. 2020.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Relatório de Fiscalização – Exercício 2011**. 2012. Disponível em: <https://basedeconhecimento.cgu.gov.br/handle/1/4194>. Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 4 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS, eixo 1, v. 1) Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento\\_publico\\_saude\\_eixo\\_1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf). Acesso em: 5 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_1\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf). Acesso em: 8 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde / SUS – NOAS – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html). Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Fazenda. **Portaria nº 764, de 15 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a classificação por natureza da receita orçamentária para aplicação no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília: Ministério da Fazenda, 2017a. Disponível em: [http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/564899/Portaria\\_STN\\_764-2017/b05fec2ab450-4c92-8317-7991d2f1e31b](http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/564899/Portaria_STN_764-2017/b05fec2ab450-4c92-8317-7991d2f1e31b). Acesso em: 10 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <http://portalfns.saude.gov.br/images/pdfs/consideracoes-portaria-3992-2017-3.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_informacoes\\_orcamentos\\_publicos\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_orcamentos_publicos_saude.pdf). Acesso em: 8 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumentos de gestão em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_instrumento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf). Acesso em: 12 ago. 2020.

BRASIL gasta R\$ 3,83 ao dia com a saúde de cada habitante. Nov. 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante-2/>. Acesso em: 24 set. 2022.

CARAZZATO, J. **Planejamento público: a contribuição teórico-metodológica de Carlos Matus**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2000.

CARRO, Rodrigo. Cresce a participação dos municípios no financiamento à saúde. **Jornal Valor Econômico**, nov. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/jornal-valor-economico-cresce-a-participacao-dos-municipios-no-financiamento-a-saude/#:~:text=Quase%20dois%20ter%C3%A7os%20dos%20R,municipaliza%C3%A7%C3%A3o%E2%80%9D%20dos%20servi%C3%A7os%20nesta%20C3%A1rea>. Acesso em: 14 jan. 2021.

CARVALHO, A. L. **Gestão de saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UnB, 1998. p. 45-52.

CHRISTALLER, Walter. **Central places in Southern Germany**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1966. 230 p.

COHN, A.; EDISON, J. R.; KARSCH, U. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez. 1991.

CORDILHA, A. C.; LAVINAS, L. J. C. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciênc. Saúde colet.**, [S.I.], v. 23, n. 7, p. 2147-2158, jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.11422018>

COSTA, N. R. Direito à Saúde na Constituição: Um Primeiro Balanço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 98-104, 1989. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1989000100008>.

COX, K. R. Comment: Redefining 'territory'. **Political Geography Quarterly**, v. 10, n. 1, p. 5-7, 1991.

DIAS, L. N. S. *et al.* Fatores associados ao desperdício de recursos da saúde repassados pela união aos municípios auditados pela Controladoria Geral da União. **Rev. Contab. Financ.**, v. 24, n. 63, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcf/a/9FcH4SmP5HRD48YYKSSKRcb/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1519-70772013000300004>.

FERRAZ, C.; FINAN, F.; MOREIRA, D. B. Corrupção, Má Gestão e Desempenho Educacional: Evidências a Partir da Fiscalização dos Municípios. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 36, 2008, Salvador. **Anais [...]**. Salvador, 2008.

FERREIRA, S. G. Municípios: despesa com saúde e transferências federais. **Informe-se**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 1-8, fev. 2002. Disponível em: [https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/16421/1/PRPer214067\\_Informe-se\\_n38\\_compl\\_BD.pdf](https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/16421/1/PRPer214067_Informe-se_n38_compl_BD.pdf). Acesso em: 10 ago. 2020.

FIGUEIREDO, J. O. *et al.* Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate**, [S.I.], v. 42, p. 37-47, out. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>

GERHARDT, T. E. *et al.* Estrutura do projeto de pesquisa. *In*: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. (Org.). **A Importância do planejamento na gestão do SUS**. São Luís: UFMA/UNA-SUS, 2016. Disponível em: [https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/2530/mod\\_resource/content/1/ebook/media/pdf/livro\\_pdf.pdf](https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/2530/mod_resource/content/1/ebook/media/pdf/livro_pdf.pdf). Acesso em: 13 out. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. 1100 p.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. **Território, ambiente e saúde**, v. 1, p. 237-256, 2008.

HANUSZ, Z.; TARASINSKA, J.; ZIELINSKI, W. S. Wilk test with known mean. **REVSTAT-Statistical Journal**, [S.I.], v. 14, n. 1, p. 89-100, 2016.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/YFprXwcGwr3jrnCXwRM8TGb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, [S.I.], v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-32622001000300003>

HUERTAS, C. **Entrevista com Carlos Matus**. O método PES. São Paulo: Edições Fundap, 1995.

HUERTAS, F. **Entrevista com Matus**. Caracas: F. Altandir, 1994.

LIM, S. (Org.). Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, Seattle, v. 388, p. 1813-50, out. 2006. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31467-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31467-2).

LORENZETTI, G. M. M. *et al.* Gestão em Saúde no Brasil: Diálogo Com Gestores Públicos e Privados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, abr.-jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>.

LÖSCH, A. **The Economics of Location**. New Haven: Yale University Press, 1954. 520 p.

MAGALHÃES, M. N.; LIMA, A. C. P. de. **Noções de probabilidade e estatística** v. 5. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MATUS, C. **Adeus, senhor Presidente**. Governantes governados. São Paulo: Edições Fundap, 1996a.

MATUS, C. **Estratégias políticas**: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. São Paulo: Edições Fundap, 1996b.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, C. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: FUNDAP, 1997

MEDEIROS, João; SCHWIERZ, Christoph. Efficiency estimates of health care systems. **European Economy - Economic Papers 2008 – 2015**, Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), v. 3187, n. 549, 2015.

MYERS, L.; SIROIS, M. J. Spearman correlation coefficients, differences between. **Encyclopedia of statistical sciences**, v. 12, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1002/0471667196.ess5050.pub2>

OCKÉ-REIS, C. O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [on-line], v. 12, n. 4, p.1041-50, ago. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400025>

Acesso em: 5 set. 2020.

PARÁ. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Obras Públicas. **Estudo de delimitação da região metropolitana de Belém** / Organizadores: Helena Lúcia Zagury Tourinho; Andréa de Cássia Lopes Pinheiro; Leonardo Augusto Lobato Bello. Belém:

PARANÁ. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. **Estados mantêm tendência de redução na participação em gastos com Saúde**. 2020. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Estados-mantem-tendencia-de-reducao-na-participacao-em-gastos-com-Saude-11-54917.shtml>. Acesso em: 19 set. 2021.

PAULUS, A. JR.; CORDONI, L. JR. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

PIOLA, S. F. *et al.* Estruturas de Financiamento e gasto do sistema público de saúde. *In: A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial*. Rio de Janeiro: [s. n.]. p. 19-70.

PIOLA, S. F. *et al.* **Financiamento Público da Saúde**: uma história a procura de rumo. Texto para Discussão. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD\\_1846.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf). Acesso em: 5 set. 2020.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. **Saúde em Debate** [online], v. 42, n. esp., p. 406-430, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KgSv54q6Sj6874xBjR7BL9P/?lang=pt#>. Acesso em: 17 set. 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S128>

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. C. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**: SUS e pactos pela Saúde. Brasília: UMA-SUS; Unifesp, 2009. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_4.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf). Acesso em: 15 set. 2021.

REIS, H. C.; MACHADO JÚNIOR, J. T. **A Lei 4.320 comentada e a Lei de Responsabilidade Fiscal**. 35. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), 2015.

ROSA, L. Depois da casa própria, o maior sonho do brasileiro é dar plano de saúde à família. **Abramge, Brasil Econômico**, 19 abr. 2011. Disponível em: [https://abramge.com.br/portal/images//simplefilemanager//5384ad11d48c81.24885184//brasil\\_economico.pdf](https://abramge.com.br/portal/images//simplefilemanager//5384ad11d48c81.24885184//brasil_economico.pdf). Acesso em: 10 out. 2020.

ROSA, T. C. S.; SAES, S. G.; ABULEAC, F. L. A Constituição de 1988 e as Políticas Públicas em Saúde no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 35-49, 2012.

SANCHES, O. M. **Dicionário de Orçamento, Planejamento e áreas afins**. 2. ed. atual. amp. Brasília: Prisma, 2004.

SANTOS, M. A revolução tecnológica e o território: realidades e perspectivas. **Terra Livre**, [S.I.], n. 9, 7-17, 1991.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 1987.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200019>

SANTOS, T. V. Metropolização regional e suburbanização condominial: aspectos da dinâmica da dispersão urbana na Região Metropolitana de Belém. **Boletim Campineiro de Geografia**, v. 7, n. 1, 2017. p. 91-116.

SHAPIRO, S. S.; WILK, M. B. An analysis of variance test for normality (complete samples). **Biometrika**, [S.I.], v. 52, n. 3-4, p. 591-611, 1965.

SILVEIRA, T. **Brasil gasta R\$ 3,83 ao dia com a saúde de cada habitante**. Out. 2020. Disponível em: <https://grupomidia.com/hcm/brasil-gasta-r-383-ao-dia-com-a-saude-de-cada-habitante/#:~:text=O%20resultado%20mostra%20que%20os,em%20R%24%20441%2C88>. Acesso em: 21 set. 2021.

SOUZA, M. L. **A prisão e a ágora**: reflexões em torno da democratização do planejamento e da gestão das cidades. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006b.

SOUZA, M. L. Desenvolvimento urbano: a problemática renovação de um “conceito”-problema. **Território**, v. 111, n. 5, p. 5-29, 1998.

SOUZA, M. L. **Mudar a cidade**: uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006a.

SOUZA, M. L. **O desafio metropolitano**: um estudo sobre a problemática sócio-espacial nas metrópoles brasileiras. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

SOUZA, M. L. O planejamento e a gestão das cidades em uma perspectiva autonomista. **Território**, Rio de Janeiro, ano V, n. 8, p. 67-100, 2000b.

SOUZA, M. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. *In*: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo César da C.; CORRÊA, Roberto L. (Org.). **Geografia: Conceitos e Temas**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

SOUZA, M. L. **Os Conceitos Fundamentais da Pesquisa Sócio-espacial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

SOUZA, M. L. Os orçamentos participativos e sua espacialidade: uma agenda de pesquisa. **Terra Livre**, São Paulo, n. 15, p. 39-58, 2000a.

SOUZA, N. Linha do Tempo – Fatos marcantes na Construção das Políticas de Saúde no Brasil. **eSanar**, 2016. Disponível em: <https://www.e-sanar.com.br/aluno/mural-post/259,linha-do-tempo-fatos-marcantes-na-construcao-das-politicas-de-saude-no-brasil.html>. Acesso em: 15 set. 2021.

SPEARMAN, C. The Proof and Measurement of Association between Two Things. **The American Journal of Psychology**, [S.I.], v. 15, n. 1, p. 72-101, 1904. DOI: 10.2307/1412159

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.I.], v. 8, n. 2, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200005>

TRINDADE JÚNIOR., S. C. C.; SANTOS, T. V. Para além da cidade: entre fragmentações e permeabilidades, os desafios do planejamento e da gestão urbana no espaço metropolitano de Belém. **Ateliê Geográfico**, [S. l.], v. 4, n. 4, p. 20-50, 2011. DOI: 10.5216/ag.v4i12.12779

WERCK, K.; HEYNDELS, B.; GEYS, B. The impact of 'central places' on spatial spending patterns: evidence from Flemish local government cultural expenditures. **Journal of Cultural Economics**, v. 32, n. 1, p. 35-58, 2008. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.1007/s10824-007-9056-5>. Acesso em: 13 dez. 2014.

XEREZ, S. A. Evolução do orçamento público e seus instrumentos de planejamento. **Revista Científica Semana Acadêmica**, Fortaleza, v. 1, n. 43, 2013. Disponível em: [https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo\\_regis\\_1.pdf](https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo_regis_1.pdf). Acesso em: 6 ago. 2020.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Novas Pontes para a Bioética: do individual ao coletivo, da alta especialização à atenção básica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 28-33, jan./mar. 2004.